

85
Congreso



de la Sociedad
Española de
Oftalmología



Salón de Actos

**CASOS CLÍNICOS
Y MANIOBRAS
QUIRÚRGICAS
DE INTERÉS**



CC-01

TÉCNICA DE INSERCIÓN DEL DONANTE EN DSAEK MEDIANTE INYECTOR CON IRRIGACIÓN COAXIAL: RESULTADOS PRELIMINARES

ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE Juan, SAUVAGEOT BENERIA Paola, BARRAQUER COMPTE Rafael

Introducción: Durante la cirugía de DSAEK, la inserción del donante es un paso crítico durante el cual se pueden producir lesiones endoteliales que provoquen una pérdida celular importante y comprometan el resultado inicial o la supervivencia a largo plazo del endotelio transplantado.

Técnica quirúrgica: Se empleó el inyector de Neusidi (NCI) en cuatro pacientes que se intervinieron de DSAEK. Tras eliminar el endotelio del receptor con maniobras de descemetorhexis, se realizó una incisión de 5,5-6 mm de longitud, en córnea limbar en 3 casos y córneo-escleral con colgajo conjuntival en un caso. Se habían obtenido los discos donantes con el sistema ALTK y cabezal de 350 micras, con espesores que oscilaron entre 100 y 160 micras y diámetros de 8 mm. Se colocó el disco en la espátula plegable con el estroma en contacto con la misma. Se retrajo la espátula con el donante dentro del inyector y se insertó el mismo en cámara anterior, aumentando la irrigación coaxial a 60 cm de altura. Se desplegó la espátula y se liberó el disco en cámara anterior. Se retiró el inyector y se posicionó el donante en la cara posterior corneal con aire tras suturar la incisión.

Conclusión: El empleo de un inyector con espátula retráctil e irrigación coaxial facilita la maniobra de inserción y correcta colocación del donante en la cirugía de DSAEK, obviando la necesidad de un mantenedor de cámara anterior y eliminando las tracciones empleadas con otras técnicas.

CC-02

PERFORACIÓN OCULAR BILATERAL EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

BENÍTEZ HERREROS Javier, ROMERO GARCÍA-TENORIO Ana M.^a, SÁNCHEZ APARICIO Ruth

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria que afecta al 1% de la población. Entre las manifestaciones oftálmicas que puede asociar, destacan la queratoconjuntivitis seca como la más común, escleritis, episcleritis, lesiones coroideas, vasculitis y úlceras corneales estériles periféricas. Estas últimas, conocidas como melting corneal o queratólisis, se tratan de lesiones inflamatorias. La perforación de dichas úlceras será una complicación poco frecuente.

Caso clínico: Varón de 87 años con AR, que acude a urgencias por pérdida visual aguda del ojo izquierdo (OI). A la exploración, presenta perforación corneal OI y melting del derecho que durante el seguimiento progresará también hasta la perforación. Describimos el manejo del cuadro, refractario a medidas habituales, para el que además estará contraindicada la queratoplastia penetrante, dada su patología sistémica.

Discusión: La afectación oftálmica más grave en la AR es la perforación ocular, que puede desarrollarse de forma poco sintomática. Contamos con diversas estrategias terapéuticas para estabilizar el ojo en esta grave situación. En nuestro caso, el comprometido estado de salud del paciente nos impidió, en última instancia, la realización de trasplante corneal. Pero éste no es el único punto a tener en cuenta al planificar el tratamiento más adecuado. El estado ocular, el tiempo de evolución y posibles tratamientos previos infructuosos ayudarán a decidir el camino a seguir.

CC-03

LÁSER ARGÓN EN EL TRATAMIENTO DEL PTERIGIÓN RECIDIVADO

CONESA HERNÁNDEZ Eduardo, MATA DÍAZ Ester, MONTÓN GIMÉNEZ Cristina

Introducción: La recidiva del pterigión operado ocurre hasta en el 40% según qué técnica. En el pterigión recidivado existe aún mayor riesgo de fracaso ya que es más agresivo y la conjuntiva disponible es menor. Por ello retomamos el uso del láser argón como terapia coadyuvante en recidivas tempranas de pterigión.

Caso clínico: Paciente ecuatoriano operado de pterigión mediante autotransplante conjuntival con pegamentos biológico. El tratamiento postoperatorio fue con colirio dexametasona/tobramicina alternado con colirio de prednisona y lágrima artificial. A los 45 días presentaba un leucoma corneal y penachos vasculares sobre el limbo, calificado de recidiva incipiente. Se hizo tratamiento con láser argón sobre las regiones con aspecto más vascularizado de la recidiva con 40-50 impactos durante 100 mseg, 600 mW y spot de 200 micrones. Siguió revisiones manteniendo el mismo tratamiento y 42 días más tarde volvió a someterse a tratamiento láser. En las revisiones posteriores se vio cómo el pterigión se había estabilizado y no siguió creciendo.

Conclusión: La aplicación precoz de láser argón en las recidivas incipientes causa una involución de la cabeza del pterigión, que termina transformándose en una delgada banda de tejido fibrótico, evitando nuevas cirugías. Se trata pues de una técnica coadyuvante fácil, rápida, barata, prácticamente inocua, que evita pérdida de conjuntiva y que puede realizarse conjuntamente con otros tratamientos coadyuvantes.

CC-04

NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL MANEJO DE «MELTING» CORNEAL EN PORTADORES DE QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON TIPO I

DOLZ MARCO Rosa, ROHRWECK Stephanie, LÓPEZ-PRATS LUCEA M.^a Jesús

Introducción: En patologías graves de la superficie ocular, la implantación de una queratoprótesis representa en ocasiones la última opción de conservar o recuperar la visión útil del paciente. El manejo postquirúrgico de estos pacientes conlleva dificultades y complicaciones múltiples. El «melting» corneal es una de las varias complicaciones, que hasta hoy en día requerían una repetida intervención quirúrgica, extrayendo la prótesis o realizando una queratoplastia penetrante convencional. Describimos una nueva técnica quirúrgica para el manejo del «melting» corneal en portadores de la queratoprótesis de Boston tipo I, sin la necesidad de extraer el dispositivo.

Técnica quirúrgica: Preparación de la córnea donante según técnica habitual. Incisiones corneales a las IX, XII y III horas de la trepanación central permiten un adecuado posicionamiento del tejido donante entre los platos de la prótesis. Se suturan el conjunto restablecido con ocho puntos sueltos de nylon 10-0 en la esclera del recipiente.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico descrito representa una nueva opción terapéutica para el manejo de «melting» corneal en portadores de queratoprótesis de Boston tipo I, evitando un traumatismo quirúrgico grave.

CC-05

DISTROFIA CENTRAL NUBOSA DE FRANÇOIS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

GARCÍA BRU Pere, FUSTÉ FUSARÉS Celia, MARTÍ HUGUET Tomás

Introducción: Se presenta un caso clínico de un paciente afecto de Distrofia Central Nubosa de François. Se muestra el proceso diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años remitido a nuestro centro por disminución de agudeza visual progresiva de 1 año de duración.

La agudeza visual con su corrección en ojo derecho era de 0,05/0,03 con estenopeico y en ojo izquierdo de 0,6 sin mejoría con estenopeico. El estudio biomicroscópico mostró unas opacidades centrales estromales profundas bilaterales y cataratas. Se decidió realizar queratoplastia lamelar profunda y cirugía de la catarata en ojo derecho obteniendo una agudeza visual final de 0,8. La anatomía patológica objetivó la presencia de mucopolisacáridos en la estroma profunda y el estudio por microscopía electrónica mostró material fibrinogranular y lipídico con lo que se confirmó el diagnóstico.

Conclusiones: La Distrofia Central Nubosa de François es una entidad a tener en cuenta ante una opacificación corneal bilateral progresiva de la córnea estromal profunda.

CC-06

NEOVASCULARIZACIÓN ENDOTELIAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

GARCÍA RECIO Cristina, MUÑOZ MENDOZA Mónica, ZAMORA BARRIOS José Eleuterio

Introducción: Las causas de neovascularización son, fundamentalmente, herpética o traumática. Se describe un caso de neovascularización corneal profunda con leucoma asociado de etiología desconocida.

Caso clínico: Paciente que acude a consulta refiriendo molestias y fotofobia en ojo derecho tras traumatismo con un dedo hacía un mes, habiendo notado mejoría con Tobradex® durante una semana. Como antecedente refería ambliopía del ojo izquierdo y traumatismo contuso por agresión en ojo derecho hacía seis meses, del que no refería clínica salvo hematoma palpebral. En la exploración se evidenció agudeza visual sin corrección del ojo derecho de 0,9 y del ojo izquierdo de 0,15. La biomicroscopía del ojo derecho: inyección ciliar, severa opacificación endotelial temporal que llegaba a reborde pupilar junto con importante vascularización a ese nivel y tyndall leve (fotos). Resto normal en ambos ojos. El paciente no refería antecedentes de herpes ocular, pero ante la agresividad del cuadro en ojo no ambliope, se instauró tratamiento con antivíricos orales y corticoides tópicos, con gran mejoría de la sintomatología. Tras dos meses de tratamiento, se mantiene estable, asintomático, persistiendo la opacificación y vascularización endotelial (fotos), por lo que se está valorando tratamiento con antiangiogénicos (antiVEG).

Conclusiones: Se postula posible etiología herpética como causa de patología endotelial a pesar de no existir antecedentes conocidos de herpes ocular.

CC-07

PERFORACIÓN OCULAR EN SÍNDROME DE OJO SECO SEVERO

GARCÍA-VALCÁRCEL GONZÁLEZ Blanca, BALADO VÁZQUEZ Pilar, BAEZA AUTILLO Azucena

Introducción: Presentamos dos casos de síndrome de ojo seco severo diagnosticados por una perforación ocular.

Caso clínico 1: Paciente que tras cirugía de catarata presenta úlcera adelgazada no infecciosa OD y descematocele microperforado OI Schirmer: 2 mm AO. Factor reumatoide elevado. Se instaura tratamiento con: ciprofloxacino, dexametasona, lágrimas artificiales, suero autólogo. Se realiza trasplante de membrana amniótica OI. La paciente está estable y no existe microperforación en el OI.

Caso clínico 2: Paciente con dolor y disminución de la AV en ambos ojos. Presenta descematocele no infeccioso OD y perforación con atalamia OI. Schirmer = 2 mm AO. ANAs 1/320 con anti-ro y anti-la positivos. Se realiza QPP urgente OI y posteriormente QPP+ extracción cristalina OD. Se trasplanta el ojo izquierdo por fallo primario del injerto. Se instaura tratamiento con dexametasona, ciprofloxacino, suero autólogo y ciclosporina tópica. Actualmente presenta injerto descompensado OD y transparente OI, epitelizados.

Conclusión: La queratoconjuntivitis seca moderada-severa es una causa de perforación corneal no infecciosa. El 50% de queratolisis no infecciosas son secundarias a una enfermedad del tejido conectivo. El Síndrome de Sjögren cuando es leve suele ser infradiagnosticado y en muchos casos su diagnóstico se produce como consecuencia de la patología oftalmológica. Requiere máximo tratamiento con el fin de controlar el estado de la superficie ocular.

CC-08

NÓDULOS CONJUNTIVALES COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL LINFOMA NO-HODGKIN ASOCIADO AL VIRUS HEPATITIS C

KHAOULY ALONSO Saideh, MATHEU FABRA Anna, SOTELO MONGE Katia Guadalupe

Introducción: La infección crónica por VHC es responsable, no sólo de hepatitis crónica y cirrosis, sino también de manifestaciones extrahepáticas, destacando la crioglobulinemia mixta y el LNH. Este último, podrá desarrollar afectación del tejido linfóide ocular.

Caso clínico: Mujer de 66 años con hiperemia conjuntival OI de 1 año de evolución. No AP ni AO de interés. AV: 0,8/1. En la biomicroscopía destaca un nódulo de gran tamaño en conjuntiva bulbar temporal OI, asalmonado, y otros tres nódulos de aspecto similar en conjuntiva bulbar temporal y superior OD. Reinterrogando a la paciente, explica múltiples nódulos cutáneos en varias localizaciones del cuerpo, no dolorosos y migratorios, de meses de duración. Se remite para estudio sistémico, diagnosticándose de VHC+ y crioglobulinemia mixta. Posteriormente, mediante biopsia ganglionar, se confirma LNH marginal de células B de bajo grado. Se inicia tratamiento antiviral con interferón 2a pegilado y ribavirina, consiguiendo remisión completa de todas las lesiones, incluidas las conjuntivales.

Conclusión: La presencia de nódulos conjuntivales puede ser el primer signo de LNH asociado a VHC, que responde bien a terapia antiviral sin necesidad de quimioterapia, lo que confirma la relación entre ambas entidades.

CC-09

CÓRNEA IRREGULAR Y SISTEMA PIGGY BACK

LÓPEZ ALEMANY Antonio, SANUDO BUITAGO Francisco

Introducción: Los resultados de la cirugía corneal dan lugar en muchas ocasiones a una superficie irregular. Presentamos un caso típico de solución a este problema sin necesidad de complicados diseños de lentes de contacto.

Caso: Paciente de 28 años con queratocono bilateral. Tras hidrops corneal de su OI, se indica queratoplastia penetrante. Tras ella, el paciente presenta una alta irregularidad corneal. Su visión con prescripción óptica en plano gafas es de 0,05. Se adapta sistema piggy back, lente rígida permeable al gas de diseño esférico sobre lente de siloxano hidrogel. Resultado final AV 0,8.

Conclusión: La utilización de lentes de contacto en sistema piggy-back puede dar lugar a una alta calidad de visión y un uso confortable de las lentes de contacto frente a otros diseños más sofisticados de una sola lente.

CC-10

ABSCESO CORNEAL POR PAECILOMYCES VARIOTII

MOLERO IZQUIERDO Concepción, LUCAS ELÍO Gloria

Introducción: Presentamos el caso de una paciente que desarrolló absceso corneal por *Pseudomona aeruginosa* y *Paecilomyces variotii* sobre queratoplastia penetrante (QPP) previa, con riesgo de perforación inminente. Precisó queratoplastia lamelar anterior profunda (QLAP), recubrimiento con membrana amniótica y tratamiento antibiótico tópico y sistémico, para su recuperación.

Caso clínico: Mujer de 63 años, con molestias en ojo izquierdo (OI) de 5 días de evolución. Antecedentes oftalmológicos: prótesis ojo derecho (OD). QPP en OI hace 40 años.

Biomicroscopía (OI): absceso corneal con melting y descemetocele sobre QPP con riesgo de perforación inminente. Se realiza QLAP y recubrimiento con membrana amniótica en OI, remitiendo muestra de tejido corneal a microbiología. Resultado del cultivo: *Pseudomona aeruginosa* y hongo filamentoso, *Paecilomyces variotii*, sensible a itraconazol y anfotericina B. Mantenemos tratamiento tópico con anfotericina B 0,25% y ceftazidima 50 mg/ml y sustituimos voriconazol por itraconazol oral. Actualmente ojo tranquilo sin signos de infección activa.

Discusión: *Paecilomyces* es un hongo filamentoso, saprófito y ubicuo, considerado patógeno inusual en humanos. Raramente se implica en infecciones oculares, aunque se ha descrito en casos aislados como causante de endoftalmítis y panuveítis. La queratoplastia terapéutica o tectónica es necesaria en infecciones avanzadas y ulceraciones para evitar progresión y posible extensión intraocular.

CC-11

TRANSPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN QUERATITIS BACTERIANAS

MORRAL PALAU Mercè, MOLINA FERNÁNDEZ Juan José, TORRAS SANVICENS Josep

Introducción: Determinar la eficacia del transplante de membrana amniótica en el tratamiento de queratitis bacterianas severas.

Casos clínicos: Mostramos dos casos clínicos que presentaban una úlcera corneal bacteriana, con importante adelgazamiento estromal condicionando una posible amenaza de perforación corneal. Coadyuvante al tratamiento antibiótico, se indicó la realización de un transplante de membrana amniótica. Ambos casos experimentaron una mejoría clínica del dolor inmediatamente tras la cirugía. Se observó una rápida epitelización y disminución de la inflamación en ambos ojos en los primeros 10 días. La úlcera corneal estaba completamente curada al primer mes tras el implante y no se observaron recurrencias de la infección.

Conclusiones: El implante de membrana amniótica puede ser efectivo en el manejo de úlceras bacterianas agudas severas con inflamación importante asociada y riesgo de perforación.

CC-12

QUEMOSIS CONJUNTIVAL BILATERAL COMO SÍNTOMA DE ADENOCARCINOMA SUPRARRENAL

PAZ MORENO-ARRONES Javier, CASTRO REBOLLO María, MONTES MOLLÓN M.^a Ángeles

Introducción: El edema conjuntival puede presentarse en distintas enfermedades oftalmológicas, pero, ante la ausencia de enfermedad ocular, se han de investigar enfermedades sistémicas que lo provoquen.

Caso clínico: Mujer, 67 años, acude a urgencias por edema conjuntival bilateral desde hace 3 semanas. AP: hipertensión arterial y diabetes en tratamiento y candidiasis oral de reciente. La exploración oftalmológica objetivó una quemosis conjuntival bilateral con lagrimeo, siendo el resto de la exploración normal. Se le pautó una pomada antibiótico-corticoidea. Tras 1 semana sin mejoría, la paciente nos refiere haber perdido 5 kilos en 2 semanas, sensación de hinchazón y prurito generalizado. Tras una exploración sistémica se la diagnosticó de síndrome de Cushing. En la TAC abdominal presentaba una masa adrenal izquierda de 8,2x5,4 cm sugestiva de carcinoma adrenal. Tras la extirpación quirúrgica tumoral y quimioterapia, la paciente presentó una restitutio ad integrum de la quemosis. Durante el seguimiento, la bodyTAC evidenció múltiples metástasis pulmonares bilaterales y una recidiva suprarrenal izquierda, por lo que recibió tres ciclos quimioterápicos, con progresión de la insuficiencia respiratoria y cardíaca, falleciendo.

Conclusión: Preconizamos un estudio exhaustivo y completo en aquellos pacientes con edema conjuntival bilateral no respondedores a tratamiento tópico, con el fin de realizar un diagnóstico precoz de enfermedades sistémicas potencialmente graves.

CC-13

QUERATOPATÍA ASOCIADA A CROSSLINKING CORNEAL PARA QUERATOCONO

RODRÍGUEZ AUSÍN M.^a Paz, ARANCE GIL Ángeles, GUTIÉRREZ ORTEGA Ramón

Introducción: Presentamos un caso de queratopatía 72 horas después de un procedimiento de crosslinking corneal para queratocono.

Caso clínico: Paciente varón de 11 años es diagnosticado de queratocono objetivándose progresión importante a los 6 meses, por lo que se realiza crosslinking de OI. En el 3.^{er} día postoperatorio, se aprecia opacidad corneal central densa, con lesiones satélites, en zona tratada. Los cultivos resultaron negativos. El proceso evolucionó lentamente, con reabsorción lenta del infiltrado, defecto epitelial persistente que se resuelve al mes y finalmente leucoma central que reduce dos líneas la agudeza visual no corregida, si bien con lente de contacto alcanza 20/25.

Conclusión: La aparición de una opacidad en el estroma corneal en los días siguientes al crosslinking corneal, es una complicación no explicada que puede reducir la agudeza visual.

CC-14

PUPILOPLASTIA CON LENTE FAQUICA IN SITU EN UN CASO DE SÍNDROME DE URRETS-ZAVALIA

RODRÍGUEZ PRATS José Luis, ALÍO Y SANZ Jorge L.

Introducción: Se presenta un caso de midriasis arrefléxica tras implante de lente intraocular faquica (síndrome de Urrets-Zavalía).

Caso clínico: El caso se resolvió mediante pupiloplastia realizada con lente intraocular in situ. Se discuten los detalles técnicos que permitieron resolver con éxito esta difícil complicación, sin explantar la lente fáquica.

Conclusión: La realización de una pupiloplastia es una técnica terapéutica efectiva en el síndrome de Urrets-Zavalía.

CC-15

QUERATITIS NUMULAR Y DISCIFORME TRAS PRIMAINFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZOSTER (VVZ)

SACRISTÁN SANZ Ruth, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ Natividad, GONZÁLEZ BANDRÉS Cristina

Introducción: La queratitis disciforme se presenta como una zona central de edema estromal y epitelial, con precipitados queráticos limitados al área del edema, sin infiltración corneal o neovasos. Su etiología es inflamatoria y la patogenia es controvertida: reacción inmunológica estromal por la replicación viral, reacción de hipersensibilidad exagerada a un antígeno vírico o ambas. Los infiltrados numulares son opacidades subepiteliales redondeadas que la suelen preceder, se cree que su etiología es inmunológica

Caso clínico: Niño de 8 años de edad visto en urgencias por OD rojo y alteración de la agudeza visual de tres días de evolución. Como antecedentes personales destacaba un cuadro cutáneo por varicela 20 días antes. En la exploración se objetivaba hiperemia, edema central discoide, precipitados retroqueráticos y unas lesiones en área adyacente temporal, subepiteliales, redondeadas, blanco-grisáceas. Estas alteraciones eran compatibles con queratitis disciforme y numular respectivamente. Se inició tratamiento con antivirales orales, corticoides tópicos y ciclopléjico durante seis semanas con resolución completa a los seis meses.

Conclusiones: La queratitis disciforme es infrecuente en la primoinfección por VVZ se produce semanas después de la resolución del cuadro cutáneo. Por contra la numular es más habitual y suele preceder a la anterior. Se tratan con antivirales generales y corticoides tópicos varias semanas para evitar leucomas residuales y recurrencias.

CC-16

IMPLANTE DE ANILLO INTRAESTROMAL DE KRUMEICH EN QUERATOPLASTIA PENETRANTE POR QUERATITIS ESTROMAL HERPÉTICA AVANZADA

SAUVAGEOT BENERIA Paola, ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE Juan

Introducción: El anillo de Krumeich fue diseñado para disminuir el astigmatismo en la cirugía de queratoplastia penetrante. Tras un estudio prospectivo ojos se demostró su escasa eficacia en la reducción cilíndrica pero una disminución significativa en la incidencia de rechazo y en la neovascularización. Debido a estos resultados, hemos empleado el anillo de Krumeich en casos de queratoplastia de alto riesgo y con neovascularización periférica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 52 años afecto de queratitis herpética en su OI con marcada vascularización superficial y profunda en los 360° y adelgazamiento corneal importante en el sector central e inferior. Debido al riesgo de perforación existente se le realiza una cirugía de queratoplastia con extracción de cristalino e implante de LIO, colocándose un anillo de Krumeich de 8 mm en la entrecara donante receptor. Tras un seguimiento postoperatorio sin complicaciones, con tratamiento esteroideo tópico y antivírico sistémico durante un año, no ha aparecido reacción inmunológica ni constatado la entrada de neovasos en el injerto, mejorando espectacularmente la neovascularización limbar.

Conclusión: La colocación de un anillo de cobalto-titanio-molibdeno durante la queratoplastia penetrante o laminar profunda en casos de riesgo de rechazo o re-vascularización, puede ser un complemento terapéutico al tratamiento médico postoperatorio para evitar la aparición de dichas complicaciones.

CC-17

ESTRATEGIA DUAL EN QUERATOPLASTIA DE ALTO RIESGO. CICLOSPORINA SISTÉMICA Y BEVACIZUMAB LOCAL

VAQUERO RUANO Mercedes, RODRÍGUEZ MARRODAN Belén, VARGAS Juan A.

Introducción: La probabilidad de rechazo inmunológico en el trasplante de alto riesgo es muy elevada. Planteamos la terapia aplicada en este caso.

Caso clínico: Se presenta un caso de una paciente de 22 años de edad a la que se realiza una queratoplastia penetrante de alto riesgo. Dado los antecedentes de neovascularización e inflamación en este caso (queratitis por acantamoeba), es casi inevitable el rechazo inmunológico. Se plantea una estrategia dual con Ciclosporina sistémica antes y después del trasplante, combinada con inyecciones subconjuntivales e instilación tópica de Bevacizumab. A los seis meses de tratamiento la queratoplastia está clara y se ha controlado la neovascularización e inflamación.

Discusión: El rechazo inmunológico en la queratoplastia es frecuente en los casos en los que hay antecedentes de inflamación y neovascularización. La aplicación de una terapia combinada de inmunosupresión sistémica con Ciclosporina y antiangiogénicos como el Bevacizumab puede permitir la supervivencia de un injerto comprometido. La asociación de estos dos fármacos ha sido bien tolerada y podría impedir la activación de los linfocitos. El trasplante a seis meses está claro y sin muestras de inflamación ni neovasos.

CC-18

UTILIDAD DE LA OCT EN PÉRDIDA DE VISIÓN INEXPLICABLE POSTQUIRÚRGICA

BATRES IGLESIAS Antonio Policarpo, PÉREZ CABEZA M.^a Isabel

Introducción: La oclusión de rama arterial retiniana se manifiesta como una pérdida de visión súbita e indolora asociada a un defecto campimétrico. Transcurrido un tiempo, el cuadro puede pasar inadvertido oftalmoscópicamente, siendo difícil el diagnóstico si no se sospecha.

Caso clínico: Paciente varón de 67 años que refiere pérdida del campo visual superior en ojo operado de cataratas mediante facoemulsificación sin incidencias 3 meses antes, siendo la exploración fundoscópica anodina, destacando solo estrechamiento en la salida desde la papila de la arteria temporal inferior. Ante la sospecha de oclusión de rama arterial retiniana, se realiza OCT, que confirma el cuadro.

Conclusiones: Pasado el estadio agudo, tras meses de evolución, las oclusiones retinianas arteriales pueden pasar inadvertidas en el examen de fondo de ojo, pudiendo ser de utilidad el uso de la OCT para la confirmación diagnóstica.

CC-19

DESGARRO DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE RETINA BILATERAL EN EL TRATAMIENTO DE DMAE EXUDATIVA CON RANIBIZUMAB

CASADO MARTÍN Joan, MOUSAVI AHMADIAN Kazem, MORENO FERRER Sergi

Introducción: Diversos artículos en la literatura describen como una de las complicaciones más graves del uso anti VEGF el desgarro del epitelio pigmentario de la retina que cursa con un resultado devastador para la visión. Esta grave complicación se observa principalmente cuando hay presencia de desprendimiento vascular del epitelio pigmentario de la retina.

Caso clínico: Paciente mujer de 81 años de edad. Acude a nuestra consulta por presentar metamorfopsia ojo derecho de 2 semanas de evolución. La agudeza visual del ojo derecho 0,7 y del ojo izquierdo 1,0, polo anterior sin alteraciones destacables. Se indica el tratamiento anti VEGF. Tras la inyección la AV disminuyó a cuenta dedos observando desgarro del EPR. 1,5 años después presentó MNVSR en el ojo contra lateral indicándose tratamiento con Ranibizumab. Tras la segunda dosis presentó pérdida severa de agudeza visual observando desgarro del EPR de ese ojo.

Conclusión: El desgarro del epitelio pigmentario puede ocurrir en un 5% de pacientes tratados con anti VEGF. Que ocurra en la misma paciente en dos ocasiones puede relacionarse, además de con las propias características de la lesión neovascular, con algún factor de predisposición genético del sujeto.

CC-20

VARIZ DE LA AMPOLLA DE LA VENA VORTICOSA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

CASAS DE LLERA Pilar, MORENO LÓPEZ María, PÉREZ LÓPEZ Marta

Introducción: La dilatación de la ampolla de la vena vorticosa no es una condición infrecuente, pudiendo causar confusión diagnóstica con un melanoma coroideo si es lo suficientemente grande.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de varices de la vena vorticosa, unilaterales y únicas. Ambas fueron hallazgos casuales en exploraciones oftalmológicas de rutina. Se describen las características clínicas de las lesiones y su estudio mediante angiografía fluoresceínica, ecografía doppler color y tomografía de coherencia óptica (OCT) de alta resolución. Sin embargo, maniobras sencillas dirigidas a aumentar la presión sobre el globo ocular y los cambios con la posición de la mirada, serán suficientes para hacer el diagnóstico.

Conclusiones: Se deben recordar las varices de la vena vorticosa en el diagnóstico diferencial de masas coroideas. El carácter dependiente de la posición de la mirada, cambios posturales y maniobras dirigidas a aumentar la presión intraocular es la clave para realizar un diagnóstico correcto.

CC-21

LESIONES VITELIFORMES PERIFÉRICAS EN DISTROFIA FOVEOMACULAR VITELIFORME DEL ADULTO DE LARGA EVOLUCIÓN

CASTRO REBOLLO María, PAZ MORENO-ARRONES Javier, BECKFORD TÖRNGREN Carlos

Introducción: El término de distrofia foveomacular viteliforme del adulto (DFMVA) fue utilizado por primera vez por Gass en 1974 para describir a esta rara enfermedad que se caracteriza por depósitos subretinianos amarillentos, bilaterales y simétricos en el área macular.

Caso clínico: Mujer de 32 años que consulta por alteración macular. La visión es de 20/20 en ambos ojos (AO) y en la fundoscopia se aprecia en el área macular de AO, una lesión subretiniana redondeada, levemente elevada, de coloración amarillenta, de 1 de diámetro papilar, y en la proximidad de las arcadas vasculares entre 4-6 lesiones con las mismas características pero de un cuarto de diámetro papilar. La angiofluoresceingrafía muestra las características propias de la DFMVA. Los tests electrofisiológicos son normales y el estudio familiar es negativo. Veinte años después la visión es de 18/20, la fundoscopia permanece sin cambios pero presenta un electro-oculograma alterado.

Conclusión: La DFMVA es una enfermedad autosómica dominante. Presentamos un caso de 20 años de seguimiento que sigue conservando buenas agudezas visuales y que no ha desarrollado ninguna complicación. La aparición de lesiones múltiples asociadas así como la alteración de los test electrofisiológicos no son frecuentes.

CC-22

UN CASO INUSUAL DE MACULOPATÍA POR COCAÍNA

CRUZ NEYOR Nancy, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Introducción: La cocaína es una de las sustancias más comunes de abuso, según la vía de administración se mezcla con varios agentes que pueden causar reacciones tóxicas. Describimos un paciente con una maculopatía por cocaína relacionada con el consumo durante largo período de dicha droga.

Caso: Varón de 34 años que acude a urgencias por alteración de la percepción de los colores, sin antecedentes familiares, ni personales de enfermedad sistémica, ni ocular. No refirió ningún otro síntoma. Solamente admitió consumo de cocaína durante un período de 10 años, pero negó haber consumido durante el último año. Exploración: La oftalmoscopia indirecta: Blanqueamiento del área macular e incremento del reflejo foveal bilateral, El test Fansworth-musell 100: disregulación en la percepción azul-amarillo. El ERG: disminución significativa de la respuesta de los conos azules. AFG: hiperfluorescencia en ambas áreas foveales, mantenidas en fase tardía, relleno coroidal normal. Resto de la exploración: normal.

Conclusiones: Las complicaciones oculares por cocaína son raras. Los oftalmólogos debemos tener presentes que pequeños defectos de la visión en colores secundario a maculopatías se relacionan con el abuso de cocaína.

CC-23

RETINOSIS PIGMENTARIA UNILATERAL

DELGADO NAVARRO Claudia, RAMOS MARTÍ Francisco, MORATAL PEIRÓ Baltasar

Introducción: La retinosis pigmentaria (RP) es un grupo de trastornos retinianos, de carácter hereditario variable, con alteración de los fotorreceptores. Ocurre como patología aislada (RP típica) o asociada a otras enfermedades sistémicas y, generalmente, la afectación es bilateral con un grado de asimetría variable. Ocasionalmente encontramos variantes de la enfermedad como afectaciones en sector, paravenska, inversa y unilateral.

Caso clínico: Varón de 36 años con pérdida progresiva de agudeza visual (AV) del ojo izquierdo (OI), sin antecedentes patológicos. Presentaba AV =1 con el derecho y 0,2 con el OI, pupila de Marcus-Gunn y examen fundoscópico patológico en OI compatible con retinosis pigmentaria. El campo visual del OD mostró leves cambios pero en el OI existía contracción concéntrica. El electroretinograma fue normal en el OD, pero en el OI estaba prácticamente abolido. El resto de las exploraciones complementarias fueron normales.

Conclusiones: La retinosis pigmentaria unilateral es una forma de presentación infrecuente (5%) de la enfermedad. Su diagnóstico se realiza tras la exclusión cuidadosa de diversos procesos.

CC-24

OCCLUSIÓN DE VENA CENTRAL DE LA RETINA EN EMBARAZO NO COMPLICADO

DOMÍNGUEZ MORO Beatriz, CARBALLO FERNÁNDEZ Celia, BARBÓN GARCÍA Juan Jesús

Introducción: La oclusión de vena central de la retina en individuos jóvenes es una entidad algo diferente a la que se presenta en ancianos, resulta mucho menos frecuente (10%-15%), a menudo la etiología es desconocida y suele tener un buen pronóstico visual.

Caso clínico: Se describe el caso de una mujer joven, en la 38 semana del embarazo, que presentó una oclusión de la vena central de la retina en ojo izquierdo con disminución de la visión a 0,1. La paciente no presentaba factores de riesgo vasculares asociados a la gestación (embarazo complicado o preeclampsia) y tenía un estudio de trombofilia normal. El cuadro se resolvió, tras la inducción del parto mediante cesárea, con una recuperación visual completa.

Conclusión: El embarazo es una causa rara de oclusiones venosas retinianas debidas a un aumento de la hipercoagulabilidad (sobre todo en gestaciones complicadas) o asociadas a pre-eclampsia. La mayor parte de las oclusiones de vena central de la retina en jóvenes son edematosas, con una afectación visual leve o moderada, signos clínicos menos acusados que en las formas isquémicas y buena perfusión capilar en la angiografía. Los estudios de trombofilia, muy costosos, se reservan para pacientes por debajo de 45-50 años sin aparentes factores de riesgo o personas con recurrencia de fenómenos trombóticos.

CC-25

MANEJO TERAPÉUTICO DEL TUMOR RETINIANO VASOPROLIFERATIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Cristian, SAFIULLINA Guzaliya, MARTÍNEZ TOLDOS José Juan

Introducción: El tumor retiniano vasoproliferativo es un neoplasia benigna de origen desconocido que aparece en la edad media de la vida. Es un tumor vascular pequeño, solitario, de coloración sonrosada o amarillenta, característicamente localizado en el cuadrante temporal inferior, próximo a la ora serrata. Frecuentemente asocian hemorragia intrarretiniana, exudación intra o subretiniana e hiperpigmentación del epitelio pigmentario de la retina. Se han propuesto diversas estrategias terapéuticas como observación, laserterapia, braquiterapia, crioterapia y eventualmente vitrectomía.

Caso clínico: Exponemos el caso de un varón de 34 años que presentaba una lesión vascular en la retina temporal inferior del ojo derecho compatible con un tumor retiniano vasoproliferativo con hemorragia parenquimatosa, exudación, alteración pigmentaria y membrana epirretiniana asociadas. La agudeza visual era de 20/200. La angiografía fluoresceínica mostró un rápido relleno en tiempos precoces, con dilatación de los vasos de suplencia. Terapéuticamente se optó por combinar fotocoagulación con láser-argón e inyección intravítrea de ranibizumab. A las 8 semanas se evidenció una involución completa de la lesión, desaparición de la membrana epirretiniana asociada y una agudeza visual de 20/25.

Conclusión: Señalamos la eficacia de la combinación de fotocoagulación y ranibizumab en nuestro paciente. Esta asociación puede convertirse en una estrategia eficaz ante estos tumores.

CC-26

PEGAPTANIB SÓDICO COMO COADYUVANTE DE VITRECTOMÍA EN NEOVASCULARIZACIÓN SECUNDARIA A PROCESOS VASCULARES RETINIANOS

GARCÍA BEN Emma, PÉREZ-SALVADOR GARCÍA Eduardo, PÉREZ SALVADOR José Luis

Introducción: Los antiVEGF intravítreos producen una disminución de la concentración del factor de crecimiento endotelial y por tanto contribuyen a la reducción de la neovascularización.

Caso clínico: Se presentan 3 casos clínicos, 2 trombosis venosas retinianas y una enfermedad de Eales con neovascularización pese a tratamiento con láser, realizándose vitrectomía e inyección intraquirúrgica de un antiVEGF. Presentan en la actualidad ausencia de neovasos, isquemia o edema macula.

Discusión: Se plantea el uso de pegaptanib sódico como coadyuvante quirúrgico en entidades con componente vasoproliferativo retiniano.

CC-27

HEMANGIOMA CAVERNOSO DEL NERVIÓ ÓPTICO EN LA GESTACIÓN

GARCIA VILARÓ Marta, VELA SEGARRA Jose Ignacio, BUIL CALVO José Antonio

Introducción: El hemangioma cavernoso de nervio óptico es un tumor congénito raro descrito por Gass en 1971. Presentamos un caso de hemangioma cavernoso del nervio óptico de gran tamaño diagnosticado durante la gestación debido a una hemorragia retiniana.

Caso clínico: Gestante de 29 años consulta por miodesopsias y escotoma en OD de 3 semanas de evolución. No tiene antecedentes patológicos ni familiares destacables. La agudeza visual es 20/20 AO. En la exploración del OD se observa una lesión en el nervio óptico y retina peripapilar con múltiples aneurismas saculares en forma de racimo. Un tejido fibrogliol blanco cubre parte de su superficie. No hay exudación. En el margen temporal de la lesión se aprecia una hemorragia triangular en las capas superficiales de la retina que se resuelve favorablemente en 1 mes. En el campo muestra un aumento de la mancha ciega. La resonancia magnética cerebral no muestra alteraciones significativas.

Conclusiones: El crecimiento del hemangioma cavernoso del nervio óptico es raro aunque se han descrito fluctuaciones de tamaño. El sangrado acostumbra a ser infrecuente y espontáneo. La mayoría de hemorragias son de carácter leve-moderado. En el embarazo hay más riesgo de crecimiento y sangrado de las malformaciones hemangiomatosas del sistema nervioso central. En el ojo no está demostrada esta asociación debido a que sólo se describen casos esporádicos.

CC-28

TRATAMIENTO DE UNA HEMORRAGIA SUBRETINIANA CON R-TPA, SF-6 Y RANIBIZUMAB

GROS OTERO Juan, BENÍTEZ HERREROS Javier, BECKFORD TÖRNGREN Carlos

Introducción: Las hemorragias subretinianas se producen en el contexto de diversas patologías oculares y sistémicas, siendo la causa más frecuente la degeneración macular asociada a la edad (DMAE). No existe consenso acerca del tratamiento más adecuado de este proceso. Asimismo, las técnicas de cirugía endocular no han demostrado ser superiores a procedimientos menos invasivos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente con hemorragia subretiniana por DMAE tratada con r-TPA, SF-6 y tres inyecciones intravítreas de ranibizumab.

Conclusión: Las hemorragias subretinianas secundarias a DMAE tienen mal pronóstico visual. A pesar de la gran cantidad de opciones terapéuticas planteadas para este proceso, ninguna ha conseguido mejorarlo. El desplazamiento de la hemorragia subretiniana con r-TPA y gas se ha aplicado en el manejo de esta patología. La asociación de un fármaco anti-VEGF intravítrea a esta técnica puede mejorar los resultados, al asociar al desplazamiento físico de la hemorragia un componente terapéutico sobre el origen de la hemorragia: la membrana neovascular. Son necesarios nuevos estudios con el fin de definir adecuadamente las dosis, las indicaciones y el calendario de aplicación adecuados con el fin de mejorar el pronóstico visual final de estos pacientes.

CC-29

VASCULOPATÍA COROIDEA POLIPOIDAL IDIOPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

GUERRA CALLEJA Gloria, GONZÁLEZ ROMERO Juan Carlos

Introducción: La vasculopatía coroidea polipooidal idiopática (VCPI) se caracteriza por múltiples desprendimientos serohemorrágicos del epitelio pigmentario y retina neurosensorial provocados por dilataciones aneurismáticas con origen en grandes vasos coroideos. Tiene tendencia a la cronicidad.

Caso clínico: Varón de 49 años de edad sin antecedentes patológicos de interés, que acude a urgencias por presentar disminución de la agudeza visual (AV) de ojo izquierdo (OI) de una semana de duración. En la exploración muestra una AV de 1 en ojo derecho (OD) y 0,32 en OI en el que se halla una lesión macular. Se realizan angiografía fluoresceínica (AFG), electrooculograma (EOG), electrorretinograma (ERG) y angiografía con verde de indocianina llegándose al diagnóstico de VCPI. Se realiza tratamiento con antiangiogénicos intravítreos y terapia fotodinámica (TFD). Se obtiene una respuesta alentadora a dicho tratamiento.

Conclusiones: Se valoran los resultados de la alternativa terapéutica aplicada en esta patología de etiología controvertida, con tendencia a la cronicidad en la que no existe aún tratamiento que consiga su remisión completa.

CC-30

MACULOPATÍA POR TAMOXIFENO. HALLAZGOS MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

JORDANO PÉREZ José Javier, RUIZ LOMAS Carmen,
MÁRQUEZ BÁEZ Francisco Javier

Introducción: El tamoxifeno es un fármaco antiestrogénico usado frecuentemente como terapia coadyuvante del cáncer de mama. La incidencia de alteraciones oculares relacionadas con la ingesta del fármaco es baja, ya que varía entre 0,9%-12% según las publicaciones. Tras la ingesta de tamoxifeno se han descrito alteraciones oculares a nivel de córnea, cristalino, retina y nervio óptico.

Caso clínico: Se describen los hallazgos clínicos, angiográficos y la tomografía de coherencia óptica de una paciente con maculopatía por tamoxifeno. La paciente recibió tamoxifeno durante 2 años y 4 meses. La angiografía mostró hiperfluorescencia macular y la tomografía de coherencia óptica reveló la presencia de un quiste foveal.

Conclusión: La introducción de la tomografía de coherencia óptica ha supuesto una prueba complementaria ideal ya que ha permitido observar detalles anatómicos que anteriormente no era posible con la simple angiografía. El tratamiento de la maculopatía por tamoxifeno consiste en la supresión del fármaco.

CC-31

HEMORRAGIA SUBRETINIANA POST-TRAUMÁTICA POR PELOTA DE PADEL, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

KUBIAK Katarzyna, GORROÑO ECHEBARRÍA Marina Begoña,
JIMÉNEZ PARRAS Rafael

Introducción: El curso natural de la hemorragia subretiniana tiene mal pronóstico visual. La presencia de sangre es tóxica para fotorreceptores y epitelio pigmentario retiniano (EPR) y produce su degeneración. Debido a eso es importante eliminar la sangre subretiniana, especialmente subfoveal, para evitar estos cambios y restaurar buena agudeza visual.

Caso clínico: Presentamos dos casos clínicos de pacientes con hemorragias subretinianas post-traumáticas por pelota de padel. A un paciente se le trató con inyección intravítrea de aire y posicionamiento. El otro paciente fue tratado con activador tisular del plasminógeno (TPA) y gas intravítreo más posicionamiento. Ambos evolucionaron favorablemente.

Discusión: Debido a que la sangre es tóxica para la retina esperar a su reabsorción espontánea conlleva una pobre recuperación visual. El manejo de la hemorragia subretiniana ha llevado al desarrollo de múltiples técnicas quirúrgicas, todas ellas destinadas a la evacuación de la sangre, con el fin de minimizar la lesión permanente de los fotorreceptores y el EPR. El desplazamiento neumático de sangre con gas intravítreo asociado o no al TPA es una de las técnicas menos invasivas, siendo el uso del TPA controvertido. En nuestros casos, ambos pacientes (con y sin uso del TPA) tuvieron buenos resultados a corto y a largo plazo.

CC-32

TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB INTRAVÍTREO EN EL TUMOR VASOPROLIFERATIVO DE LA RETINA

LLORENS BELLES Víctor, CASAROLI MARANO Ricardo,
MESQUIDA FEBRER Marina

Introducción: El tumor vasoproliferativo de la retina (TVPR) es una neoformación vascular benigna que puede comprometer gravemente la visión. Aunque la braquiterapia y la crioterapia han sido los tratamientos clásicos de elección, se han utilizado otras opciones terapéuticas como la fotocoagulación con láser o la terapia fotodinámica.

Caso clínico: Varón de 32 años con pérdida progresiva de visión en ojo izquierdo (OI) de tres meses de evolución. La agudeza visual (AV) fue de 0,1 en el OI y la oftalmoscopia indirecta mostró un TVPR con abundante exudación lipídica, tracción y edema macular. Se realizó tratamiento inicial con criocoagulación y, posteriormente, con dos inyecciones intravítreas de bevacizumab, con desaparición de la exudación y del edema. La AV se ha mantenido en 0,5 en el último control efectuado a los 18 meses.

Conclusión: El bevacizumab intravítreo podría ser una opción eficaz para el control del TVPR en caso de mala respuesta al tratamiento convencional.

CC-33

METÁSTASIS COROIDEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

MOUSAVI AHMADIAN Kazem, CASADO MARTÍN Joan, ROMERO RODRÍGUEZ M.^a José

Introducción: Las metástasis coroideas pueden ser el primer signo de una neoplasia maligna diseminada anteriormente asintomática. La visión borrosa es el motivo consulta en el 80% de los casos. Los focos múltiples y la bilateralidad son características importantes de los tumores metastásicos coroideos.

Casos clínicos:

1. Mujer de 39 años de edad que refiere visión borrosa ojo derecho de 3 semanas de evolución. La visión mejoraba a unidad con corrección óptica. En el fondo del ojo se observa un desprendimiento seroso macular cuyo origen es una lesión sobrelevada a nivel temporal superior. No había otros focos retinianos ni en el ojo contra lateral.

2. Mujer de 43 años de edad con antecedentes familiares de neoplasias múltiples. Refiere pérdida de agudeza visual ojo derecho. En el examen del fondo del ojo presenta una lesión tumoral parapapilar con edema del nervio óptico. No presentaba otro foco tumoral. Sospechando metástasis coroidea se realizó screeninig sistémico.

Se demostró la presencia de adenocarcinoma pulmonar no conocido previamente en las dos pacientes.

Conclusión: La visión borrosa en un paciente joven obliga a un examen exhaustivo del fondo del ojo. Si se detecta una tumoración coroidea debemos realizar un estudio sistémico en busca de una neoplasia oculta. Aunque la localización primaria más frecuente de la metástasis coroidea en la mujer es el cáncer de mama, en nuestro casos la neoplasia primaria fue pulmonar.

CC-34

VÍTREO-RETINOPATÍA EXUDATIVA FAMILIAR CON PLIEGUE FALCIFORME ASOCIADO

MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS José Enrique, GONZÁLEZ GALLARDO M.^a del Carmen, MARSIGLIA Marcela

Introducción: La vítreo-retinopatía exudativa familiar (VREF), es considerada una enfermedad rara, fundamentalmente autosómica dominante. La explicación nosológica del cuadro se encuentra en la detención del desarrollo de los vasos retinianos. Caracterizada por avascularidad de la retina periférica con la formación secundaria de vasos atípicos que producen exudados intra y subretinianos, así como fenómenos de neovascularización por la isquemia subyacente, que generan tejidos cicatriciales dando lugar a pliegues falciformes, que traccionan la retina o que llegan a desprenderla.

Caso clínico: Varón de 15 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que es derivado a nuestras consultas para valoración de su ojo derecho (OD) afecto de VREF con pliegue falciforme asociado. En la exploración oftalmológica se objetiva microftalmos, un estrabismo divergente y una agudeza visual (AV) con dicho ojo de contar dedos. En el fondo de ojo presencia de pliegue falciforme que va desde papila hasta región temporal, grandes áreas de exudación subretiniana, pliegues en retina nasal y hemorragias en región macular y temporal.

Conclusiones: La causa más frecuente de pérdida de visión en VREF es el desprendimiento de retina tanto exudativo como traccional, siendo el pronóstico peor cuanto más joven sea el paciente, como es nuestro caso, el diagnóstico precoz de la misma nos da la opción de la no progresión a estadios avanzados permitiendo preservar la agudeza visual.

CC-35

ACETAZOLAMIDA ASOCIADA A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TÓPICOS COMO TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR POSTQUIRÚRGICO

ÑACLE CHAPERO Angel, SÁNCHEZ-WAISEN HERNÁNDEZ Francisco, PÉREZ REYES Pedro Manuel

Introducción: La rotura de la barrera hemato-retiniana explica la extravasación de fluido en el edema macular quístico (EMQ). El tratamiento dependerá de la causa, siendo bien conocida la utilidad de la acetazolamida en el EMQ postquirúrgico, aunque llama la atención el escaso número de publicaciones en las que se monitoriza su acción mediante tomografía de coherencia óptica (OCT).

Casos clínicos: Presentamos cuatro ojos de tres pacientes (uno de ellos afectado de retinosis pigmentaria) con EMQ tras cirugía no complicada de catarata. Obtuvimos una respuesta satisfactoria monitorizada mediante OCT con acetazolamida oral asociada a antiinflamatorios no esteroideos (AINES) tópicos.

Conclusión: La asociación de acetazolamida con AINES tópicos puede ser útil en el tratamiento del EMQ postquirúrgico y debe ser ensayada antes que otras opciones con mayores riesgos potenciales (inyecciones intravítreas o vitrectomía). La OCT permite un ajuste óptimo de las dosis.

CC-36

HETEROGENEIDAD OFTALMOLÓGICA EN EL SÍNDROME DE BARDET-BIEDL

PÉREZ RAMOS Elisa, LÓPEZ MOLINA M.^a Isabel, FERNÁNDEZ SANZ Guillermo

Introducción: El Síndrome de Bardet-Biedl (BBS) es una enfermedad hereditaria multisistémica, de herencia autosómica recesiva y con una gran variabilidad genética y clínica.

Caso clínico: Se presenta el caso de dos hermanos, un varón de 25 años, y una mujer de 18 años con antecedentes de consanguinidad en la familia. Ambos presentan obesidad, alteraciones articulares distales y un leve grado de retraso psicomotor. El varón presenta una disminución de agudeza visual (AV) desde los 4 años, coriorretinosis miópica y respuestas disminuidas de conos y bastones en el electrorretinograma (ERG). La mujer presenta una baja AV desde edad temprana, nistagmus, estrabismo, retinosis pigmentaria y ERG abolido.

Conclusión: Debido a la gran variabilidad fenotípica y genotípica, un diagnóstico conjunto, a través de los criterios clínicos y del estudio molecular es el enfoque más adecuado. Sin embargo, en este caso, en ausencia de confirmación genética, se establece el diagnóstico de BBS debido a que los pacientes cumplen 4 de los 6 criterios principales (obesidad, polidactilia y braquidactilia, distrofia de bastones y conos, y retraso mental) necesarios para establecer el diagnóstico clínico.

CC-37

RETINITIS FAVORECIDA POR RITUXIMAB EN PACIENTE CON LINFOMA

RODRÍGUEZ HURTADO Francisco,
VALVERDE GUBIANAS Margarita, PÉREZ ROCA Fernando

Introducción: La retinitis es la manifestación más común de la infección por CMV en pacientes inmunodeprimidos, suponiendo el 75% de los casos.

Caso clínico: Varón de 55 años acude con pérdida de visión en AO. En tratamiento con quimioterapia por linfoma tipo B folicular grado IIIA. Toma rituximab como citostático hasta hace 2 meses. Sigue en tratamiento profiláctico con septrim. La AV es 1 en ojo derecho (OD) y 0,8 en ojo izquierdo (OI). Tiene Tyndall en OD++ y OI+++ . Finos precipitados queráticos subendoteliales. En fondo de ojo (FO) hay lesiones amarillentas perivasculares en región inferior de AO, también envainamiento vascular y hemorragias en llama. En OI hay una lesión grisácea en la retina temporal. Se trata con ganciclovir iv. El FO en OD da hialinización arteriolar, atrofia coriorretiniana y progresa el foco temporal hacia mácula y periferia. En OI atrofia temporal y persisten puntos blancos en periferia. Ante la mala respuesta al ganciclovir, se decide dar foscarnet iv. Se añade además inyección intravítrea de foscarnet y se aprovecha para hacer aspiración de humor vítreo mediante vitrectomía de OD, para citología, PCR y cultivo. En la toma vítrea las lesiones son cicatriciales, por lo que sólo se hace biopsia.

Conclusión: Se reevalúa el caso como posible retinitis por CMV por la buena respuesta a ganciclovir, pobre respuesta a aciclovir, clínica y publicaciones hematológicas sobre incidencia de CMV por uso de rituximab.

CC-38

TERAPIA COMBINADA EN LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA SECUNDARIA A MIOPIA: TERAPIA FOTODINÁMICA Y RANIBIZUMAB INTRAVÍTREO

SÁNCHEZ PULGARÍN Marisa, MORALES FERNÁNDEZ Laura,
RECHE FRUTOS Juan

Introducción: La neovascularización coroidea (NVC) es una complicación grave de la miopía patológica que provoca una pérdida visual severa en pacientes jóvenes. La terapia combinada, terapia fotodinámica (TFD) y ranibizumab intravítreo, se plantea como una alternativa terapéutica eficaz al tratamiento clásico.

Caso clínico: Paciente mujer con miopía magna que refiere metamorfopsias en ojo izquierdo. En la exploración, se objetiva una lesión macular compatible con membrana coroidea neovascular confirmándose con tomografía de coherencia óptica y angiografía fluoresceínica (AFG). Se realiza tratamiento combinado, objetivándose un cierre de la lesión con estabilización de la visión sin efectos secundarios.

Discusión: La eficacia de la terapia combinada no ha sido descrita hasta el momento. Supone una alternativa terapéutica que aportaría las ventajas de la TFD y del uso de antiangiogénicos. En nuestro caso se objetivó mejoría de la visión y cierre de la lesión, por lo que dicha terapia podría ser considerada una opción útil.

CC-39

RETINOSQUISIS FOVEAL AISLADA EN MUJERES ¿UN NUEVO SÍNDROME?

TORRESANO RODRÍGUEZ Javier, NAVAS SÁNCHEZ Ana,
PÉREZ IZQUIERDO Ricardo

Introducción: La retinosquisis foveal es una de las manifestaciones de la retinosquisis juvenil ligada al cromosoma X (RLX). Su aparición en mujeres hace pensar en un tipo distinto de herencia o bien en un síndrome diferente a la RLX. Presentamos un caso clínico y establecemos el diagnóstico diferencial con la RLX y otras enfermedades y sugerimos que podría tratarse de un nuevo síndrome.

Caso clínico: Mujer de 20 años con disminución de AV bilateral con retinosquisis foveal aislada y sin alteraciones en el electrorretinograma. El estudio genético descarta la presencia del gen XLRS-1 responsable de la RLX.

Conclusión: La retinosquisis foveal aislada en mujeres podría ser un cuadro distinto de la RLX con una transmisión no ligada al cromosoma X y que cursa con una menor severidad.

CC-40

PAPILOFLEBITIS. CASO CLÍNICO

VALVERDE GUBIANAS Margarita, GARCÍA MEDINA Asunción,
PÉREZ ROCA Fernando

Introducción: La papiloflebitis es un cuadro infrecuente, que afecta típicamente a pacientes sanos por debajo la sexta década de la vida. Se cree que la lesión subyacente es una tumefacción de la papila que da lugar a una congestión venosa secundaria.

Caso clínico: Varón de 20 años que acude por pérdida de agudeza visual (AV) hace horas en ojo derecho (OD). La AV es de 1/4 que mejora a 1/2 en OD y de 1 en OI. Hay defecto pupilar aferente positivo. A la exploración del fondo de ojo (FO) se puede ver un edema de papila en OD, hemorragias peripapilares e intrarretinianas en la mácula, edema macular y algún foco aislado por fuera de arcadas de hemorragia. También hay cierto grado de ingurgitación y congestión venosa. Se pauta Adiro 100 mg/24 horas. A los 5 meses regresa por una clínica similar a la del OD pero en el OI. La AV es 1 en OD y 2/3 en OI. La funduscopia en OI muestra congestión venosa en todos los cuadrantes con alguna hemorragia redondeada en la arcada temporal superior; la papila está hiperémica, con dilatación venosa y mínima participación arterial con alguna hemorragia. Se añade prednisona.

Conclusión: La papiloflebitis se presenta como forma de OVCR no isquémica, con rasgos bien definidos y un curso clínico característico. De evolución benigna; suele estar aconsejada la antiagregación de forma preventiva y el seguimiento para evitar complicaciones secundarias como la neovascularización.

CC-41

RANIBIZUMAB INTRAVÍTREO EN EL TRATAMIENTO DE MEMBRANA NEOVASCULAR COROIDEA SECUNDARIA A COROIDOPATÍA PUNCTATA INTERNA

VALVERDE MEGÍAS Alicia, ARRIOLA VILLALOBOS Pedro, RECHE FRUTOS Juan

Introducción: La neovascularización coroidea inflamatoria (NVCI) es una complicación frecuente en la Coroidopatía Punctata Interna (CPI). Algunos de los tratamientos utilizados han sido cirugía, fotocoagulación láser, terapia fotodinámica (TFD), inmunosupresores y corticoides. Recientemente, se ha descrito el empleo de un antiangiogénico, Bevacizumab (Avastin®), con resultados satisfactorios. Existen otros antiangiogénicos que, hasta ahora, no han sido empleados en esta patología. Presentamos el primer caso de NVCI en CPI tratado con Ranibizumab (Lucentis®).

Caso clínico: Paciente varón de 25 años acude a urgencias por pérdida de visión en ojo izquierdo. La angiofluoresceingrafía mostraba puntos hiperfluorescentes en polo posterior de ambos ojos y membrana neovascular subretiniana en ojo izquierdo. Fue tratado con TFD y, a pesar de la respuesta inicial, tras un año de seguimiento, se observó crecimiento de la lesión con disminución de agudeza visual, por lo que se indicó Lucentis intravítreo. Tras la cuarta inyección, se logró ausencia de actividad de la lesión. Posteriormente, presentó metamorfopsias en ojo derecho debidas a una NVCI, que requirió tres inyecciones de Lucentis para inactivar el foco. Actualmente, el paciente permanece asintomático.

Conclusión: El Ranibizumab (Lucentis®) se presenta como un tratamiento útil en la NVCI asociada a CPI ya que produce mejoría tanto desde el punto de vista anatómico como funcional.

CC-42

HAMARTOMA ASTROCÍTICO

VILA ARTEAGA Jorge, DÍAZ BARRÓN Andrea, VILA MASCARELL Emilio

Introducción: El hamartoma astrocítico de la retina (HAR) y del nervio óptico (HAO) son lesiones típicas de la esclerosis tuberosa que aparecen con menor incidencia en la neurofibromatosis, entidades incluidas dentro de las facomatosis. También se encuentran hamartomas primarios en individuos sin otra afectación sistémica. Son tumores de carácter benigno pero en ocasiones pueden tener un comportamiento agresivo con graves repercusiones para el globo ocular. Deben diferenciarse de tumores malignos como el retinoblastoma, vasculares como el hemangioma capilar o lesiones benignas como las drusas del nervio óptico. La tomografía de coherencia óptica (OCT) y la angiografía fluoresceínica (AGF) son herramientas útiles en el diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos cuatro casos de HA primarios detectados en una exploración rutinaria, en los que se ha realizado estudio con OCT y AGF.

Discusión: Los HA primarios pueden aparecer en cualquier década de la vida y no se asocian a enfermedades sistémicas. No obstante, pueden presentar un comportamiento agresivo en su evolución con más frecuencia que los asociados a las facomatosis, por lo que recomendamos un seguimiento exhaustivo de estos pacientes. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con entidades malignas o procesos inflamatorios para evitar decisiones terapéuticas irreversibles.

CC-43

ATROFIA RETINIANA POR EMBOLISMO ARTERIAL. ANÁLISIS TOMOGRÁFICO DE ALTA DEFINICIÓN DE LAS ESTRUCTURAS AFECTADAS

ZARRANZ VENTURA Javier, CAIRE Y GONZÁLEZ JÁUREGUI José M.ª, NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Elisa de

Introducción: Se presenta el caso clínico de un embolismo arterial incompleto secundario a endarterectomía carotídea en el que analizamos las estructuras retinianas afectadas mediante OCT de alta definición Cirrus® HD-OCT.

Caso clínico: Varón de 75 años con DMAE con disminución de agudeza visual (AV) en OD desde hace 2 meses. 4 meses antes había sido intervenido de endarterectomía carotídea derecha, en el momento de la visita la AV ha caído de 0,4 a 0,1, y la funduscopia muestra drusas blandas confluentes con hemorragia macular y presencia de un émbolo de colesterol en la arcada temporal superior. La angiografía muestra retraso del llenado venoso en tiempos precoces y normal difusión en tiempos medios y tardíos, sin colaterales ni neovascularización aparente. El análisis mediante SD-OCT muestra disminución del grosor macular (220 µm) en la hemirretina superior tributaria del vaso afectado a expensas de las capas más internas de la retina neurosensorial respecto a la hemirretina inferior (302 µm) y a las capas próximas al epitelio pigmentario, dependientes del lecho vascular de la coriocapilar.

Discusión: Los nuevos OCT de alta definición permiten discriminar fielmente estructuras retinianas con una precisión de 5 µm gracias al dominio espectral, con una resolución 400 veces mayor a los modelos precedentes. Esta identificación *in vivo* de los distintos estratos de la retina en función de la intensidad de señal de los mismos aporta un dato más en el estudio de la patología retiniana.

CC-44

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE ESCLERA DONANTE MEDIANTE EXTRUSIÓN DEL GLOBO OCULAR

ÁLVAREZ PORTELA Marcelino, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, CELIS SÁNCHEZ Javier, ZARCO TEJADA José Manuel, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, ARIAS PALOMERO Antonio

Introducción: Desde la autorización y regulación de donación de órganos en nuestro país junto con el desarrollo de los bancos de ojos, muchos son los usos de los tejidos oculares y varias las técnicas para su extracción. A continuación describiremos la extrusión (del lat. extrudere: tr. Dar forma a una masa, haciéndola salir por una abertura especialmente dispuesta) como técnica para la obtención de esclera.

Técnica quirúrgica: La técnica comienza tras la obtención del botón esclero corneal. Con la ayuda de una espátula recorremos los 360° de la incisión córneo-escleral, liberando las uniones uveoesclerales. A continuación con una tijera de disección curva realizaremos primero un corte de la esclera desde el borde corneal hasta ecuador del globo ocular liberando al mismo tiempo las uniones con la uvea; y después un segundo corte a 180° del primero con el mismo procedimiento. Después procedemos a la extrusión del contenido del globo ocular, que saldrá en bloque (globo coroides), seccionando la unión a esclera de los nervios y vasos ciliares y el nervio óptico.

Conclusiones: La técnica de extrusión es una técnica fácil de realizar, que permite la extracción escleral completa, facilitando además su limpieza total para su utilización posterior. Podría tener importancia para el estudio de la coroides, de la retina, del cuerpo vítreo y de la cámara posterior del ojo, pues permite la conservación anatómica de todas estas estructuras.

CC-45

MANEJO DE LA HIPOTONÍA OCULAR POSTERIOR A CIRUGÍA FILTRANTE

BARRETO GALEANO Marta Anly, MONSALVE CÓRDOVA Blanca

Introducción: La hipotonía ocular por hiperfiltración es una de las principales complicaciones de la trabeculectomía. Dentro del manejo de esta complicación tuvimos en cuenta la inyección de sangre autóloga y la facoemulsificación como medidas para limitar la filtración.

Caso clínico: Varón de 57 años, con glaucoma inflamatorio no controlado con medicación tópica. AV: 1, PIO: 32, papila: 0,7 de excavación, campos visuales: en progresión. Realizamos una trabeculectomía penetrante con mitomicina C, siendo los controles postquirúrgicos inmediatos satisfactorios (PIO 10-12). A las dos semanas de la cirugía se observa descenso de pio a 4 mmHg y una agudeza visual de 0,1, con pliegues maculares, comprobada por oct. Sin mejoría con tratamiento medico, se realiza inyección de sangre autóloga. En controles posteriores se observa disminución de pliegues maculares y aumento de PIO a 10 y mejoría de AV a 0,3 y se constata una catarata subcapsular posterior, se realiza una facoemulsificación como maniobra favorecedora, obteniendo en controles postoperatorios PIO 12 y AV 0,6.

Conclusión: La sangre autóloga estimula la cicatrización y la extracción del cristalino causa una inflamación suficiente, por lo que ambos procedimientos disminuyen la eficacia de la ampolla de filtración, por ello habría que considerarlos como una opción ante un paciente con hipotonía postrabeculectomía, antes de optar por otras medidas más agresivas.

CC-46

QUISTE ESTROMAL PRIMARIO DEL IRIS TRATADO MEDIANTE LÁSER NEODYMIUM:YAG. A PROPÓSITO DE UN CASO

LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, CELIS SÁNCHEZ Javier, ZARCO TEJADA José Manuel, ARIAS PALOMERO Antonio, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Angela, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando

Introducción: Los quistes de iris pueden ser primarios o secundarios a traumatismos, cirugías previas, metástasis, parásitos o uso de mióticos. Los quistes primarios se clasifican en dos tipos, según procedan del estroma o de la capa posterior pigmentada del iris. Los quistes estromales son los más raros y se distinguen por su aspecto en forma de vesícula transparente que protuye hacia cámara anterior.

Caso clínico: Paciente que acude para revisión rutinaria. Se observa en la zona media del iris del ojo derecho una lesión de paredes finas y transparentes conteniendo líquido claro superior y un nivel lechoso inferior. El paciente no refería traumatismo ni cirugía ocular previos, se etiqueta, por su forma típica, de quiste estromal primario del iris. La biomicroscopía ultrasónica (BMU) apoyó nuestro diagnóstico, visualizándose una lesión quística redondeada bien delimitada por tejido iridiano. La tomografía óptica de coherencia, mostró también una lesión quística. Debido al crecimiento del quiste, tratamos la pared anterior con láser Neodymium:YAG (Nd:YAG), consiguiendo su regresión parcial.

Conclusión: El quiste estromal primario del iris es raro. Deben descartarse otras causas secundarias. La BMU es muy útil para el diagnóstico diferencial con otras masas del segmento anterior, especialmente tumores. Los tratamientos más estandarizados son la aspiración, láser y resección. Nuestro caso, tras 8 meses de seguimiento no ha desarrollado crecimiento u otra complicación.

CC-47

ESCLERITIS POSTERIOR BILATERAL TRATADA CON ADALIMUMAB

RODRÍGUEZ CALVO DE MORA Marina, RODRÍGUEZ MORENO Gustavo, BORRÁS LARRUBIA Fátima

Introducción: La escleritis posterior es una inflamación escleral postecuatorial poco frecuente, potencialmente grave y de difícil diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 65 años que acude por dolor retroorbitario y enrojecimiento ocular derecho. Presentaba una agudeza visual corregida (Snellen) con dicho ojo de 1/2 y de 1/1 en el ojo izquierdo. La exploración pone de manifiesto hiperemia escleral y espiescleral, iritis y vitritis leve y pliegues coroides en polo posterior. Como pruebas complementarias se realizaron Tomografía de Coherencia Óptica, que confirmó los hallazgos fundoscópicos; Ecografía, que mostró engrosamiento escleral posterior y el «signo en T»; Tomografía Axial Computerizada, en la que se halló un ligero engrosamiento de la esclerótica y Bioquímica, Hemograma y pruebas de depistaje de enfermedades reumatológicas, autoinmunes e infecciosas, que resultaron negativas. Se inició tratamiento oral con prednisona y anti-inflamatorios no esteroideos, resolviéndose gradualmente el cuadro tras 45 días. En ese momento el ojo adelfo comenzó a manifestar los mismos signos y síntomas. Se reanudó el tratamiento corticoideo a altas dosis, pero el cuadro no respondió (córtrico-resistencia), por lo que se empleó Adalimumab (5 dosis de 40 mg). La resolución del cuadro fue completa al cabo de un mes, recuperándose la agudeza visual previa.

Conclusión: El diagnóstico y tratamiento precoces evitaron posiblemente secuelas visuales típicas de la escleritis posterior.

CC-48

PÉRDIDA VISUAL AGUDA EN PACIENTES GESTANTES

SÁNCHEZ ILLANAS M.^a de Loreto, GILI MANZANARO Pablo,
MARTÍN RODRIGO José Carlos

Introducción: El embarazo puede provocar cambios oculares, tanto fisiológicos como patológicos, agravando a veces patologías preexistentes. El objetivo de la presentación es revisar alteraciones visuales agudas durante el embarazo por patología retiniana, a propósito de tres casos.

Casos clínicos: Presentamos tres casos de mujeres gestantes con pérdidas visuales agudas. Dos de ellas presentaban hemorragias subhialoides; un caso se recuperó de forma espontánea; en el otro, con una gran hemorragia macular, se realizó una hialoidotomía con láser Nd-YAG, con una rápida recuperación visual. El tercer caso presentaba un desprendimiento seroso macular que fue diagnosticado de coriorretinopatía central serosa confirmada mediante tomografía de coherencia óptica (OCT).

Conclusión: Las pérdidas visuales agudas durante el embarazo pueden plantear dificultades diagnósticas y terapéuticas. Entre las causas retinianas están las hemorragias retinianas, la coriorretinopatía central serosa (CCS), los desprendimientos serosos en preeclampsia y el agravamiento de enfermedades preexistentes. Las hemorragias subhialoides maculares son más frecuentes en el embarazo. En estos casos, el tratamiento con láser YAG puede ser una alternativa a la vitrectomía. La CCS tiene una fuerte asociación con el embarazo, con unas características oftalmoscópicas peculiares. La OCT es una técnica inócua muy útil en el diagnóstico de esta patología durante el embarazo.

CC-49

TUMOR PIGMENTADO DEL CUERPO CILIAR: ¿BENIGNO O MALIGNO?

VALLEJO VICENTE Elena, SAORNIL ÁLVAREZ M.^a Antonia

Introducción: Los tumores pigmentados del cuerpo ciliar son lesiones infrecuentes, siendo el melanoma el diagnóstico más habitual.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer, 69 años, con disminución de agudeza visual (AV) de ojo derecho (OD) desde hace 2 meses asociada a lesión pigmentada a nivel del cuerpo ciliar de nueva aparición en zona temporal inferior, con invasión angular, cristalino está subluxado y opacificado sectorialmente. Se diagnostica ecográficamente y por RMN como melanoma del cuerpo ciliar sin extensión sistémica y se trata mediante braquiterapia episcleral. Caso 2: Mujer, 49 años, asintomática, con AV 1, acude a revisión de tumoración pigmentada en cuerpo ciliar de ojo izquierdo en temporal superior, que invade cámara anterior en un huso horario en seguimiento en otro centro desde hace 36 años. La paciente no refiere cambios macroscópicos en la lesión. La tensión ocular de ese ojo está elevada, en tratamiento con dorzolamida y timolol. Ecográficamente es una masa sólida sin características de melanoma y la RMN es informada como posible melanocitoma del cuerpo ciliar. La paciente permanece en observación periódica.

Discusión: Aunque el diagnóstico definitivo de un tumor pigmentado del cuerpo ciliar sólo puede dárselo el estudio anatomopatológico, las características clínicas son determinantes en las ocasiones en las que se plantea un tratamiento conservador, ya que la biopsia de la lesión puede causar una iatrogenia ocular innecesaria en el caso del melanocitoma.

CC-50

LINEZOLID Y ALTEPLASE: UNA NUEVA COMBINACIÓN EN ENDOFTALMITIS TARDÍAS POSTQUIRÚRGICAS

VICENTE FERNÁNDEZ Pilar, GARCÍA DELPECH Salvador,
DÍAZ LLOPIS Manuel

Introducción: Las infecciones relacionadas con la cirugía de glaucoma son muy graves. La infección puede limitarse a la ampolla de filtración o extenderse intraocularmente produciendo una endoftalmitis. Los gérmenes relacionados con endoftalmitis tardías asociadas a ampolla son los estreptococos y los gram negativos. El tratamiento a seguir es antibioterapia intensiva. En nuestro caso, junto con la antibioterapia intravítrea inyectamos rTPA para conseguir una mayor disolución de la fibrina.

Caso clínico: Paciente varón de 70 años intervenido de trabeculectomía OI hace 2 años, los datos relevantes de la exploración son: ampolla de filtración purulenta, hipopión de 1 mm, y reacción fibrinoide intensa en polo ant; agudeza visual de cuenta dedos. Pautamos linezolid oral e inyectamos linezolid intracamerular y a las 72 horas Alteplase intracamerular, desapareciendo en 24 horas tanto el hipopión como la reacción inflamatoria anterior, lo que nos permite evaluar el polo posterior donde se observa una reacción fibrinoide muy intensa y se decide la inyección intravítrea de Linezolid junto con Alteplase (0,1 ml). Tras esto, desaparecen todos los signos de infección, los signos inflamatorios en polo anterior y la reacción fibrinoide en polo posterior disminuye considerablemente.

Conclusiones: La inyección intravítrea de ambos fármacos (Linezolid + Alteplase) produce una erradicación completa de la infección junto a una gran disolución de la reacción fibrinoide en nuestro paciente.

CC-51

DISTROFIA VITELIFORME DE LA MÁCULA TIPO BEST (BVMD) MULTIFOCAL. A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA CONSANGUÍNEA

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ María, CAMPOS GARCÍA Severiano,
CAMPO GESTO Ana, GARCÍA ARIAS Marta,
PÉREZ CRISTOBO Margaret, GONZÁLEZ BLANCO M.^a Jesús,
PÉREZ VALVERDE Diana

Introducción: La Distrofia Viteliforme de la mácula tipo Best (BVMD) es una enfermedad del epitelio pigmentario retiniano (EPR) y segmentos externos de la capa de fotorreceptores.

Casos clínicos: 2 hermanos de 4 y 10 años presentan BVMD multifocal bilateral con penetrancia completa y expresividad elevada. Evolucionan en fases pseudohipopión (hiperfluorescente mitad superior de la lesión, hipofluorescente mitad inferior en angiografía fluoresceínica AGF y en autofluorescencia depósito de lipofuscina en nivel horizontal) y atrófica en 1.^{er} caso (asimétrico). Desaparición de disco viteliforme en 2.^o (simétrico). Ambos casos presentan múltiples discos viteliformes en zona de arcadas vasculares temporales, hipofluorescentes (AGF). Hipermetropes medios-altos. Agudezas visuales (AV) 0,8-1. Padres fenotípicamente sanos pero la madre presenta electrooculograma (EOG) patológico. Estudio genético revela mutación desconocida hasta ahora.

Discusión: El curso natural de la enfermedad es atípico para su edad en caso 1, siendo lo natural la fase de disco viteliforme, y excepcional en caso 2. El pronóstico visual es impredecible, aunque los afectados de BVMD suelen conservar buenas AV hasta la 4.^a década. El EOG permite detectar el estado de portador sano de la enfermedad de la madre (estadio previteliforme) aunque no podemos descartar una herencia autosómica recesiva, asociada a alta hipermetropía y poco descrita en la literatura, dada la relación de consanguinidad entre los padres, siendo la norma herencia autosómica dominante.

CC-52

GLAUCOMA HEREDITARIO ASOCIADO A DISPLASIA OCULODENTODIGITAL

EDUARDO SÁNCHEZ Yuri William, TEJADA PALACIOS Pilar, GUTIÉRREZ DÍAZ Esperanza

Introducción: La displasia óculo-dentodigital es una rara enfermedad hereditaria autosómica dominante, que afecta a la cara, ojos, dientes y extremidades. Las alteraciones oftalmológicas más comunes son el microftalmos y la microcórnea, siendo raras otras alteraciones como el glaucoma.

Caso clínico: Neonato de 20 días de vida con nistagmus ocasional. Madre con displasia óculo-dentodigital y glaucoma con trabeculectomía bilateral a los 20 años de edad y cirugía reconstructiva de sindactilia de manos. En el examen oftalmológico se hallaban microcórneas veladas, nistagmus horizontal, tonometría de 35 en ojo derecho y 40 mm Hg en el izquierdo, fondo de ojo normal; y en el examen físico pirámide nasal y narinas estrechas, alas nasales finas, micrognatia y sindactilia de 4.º y 5.º dedos de ambas manos. Se le realizó trabeculectomía bilateral con buen control de la PIO sin fármacos adicionales. En la última exploración, a sus 14 meses, se halla con buena fijación y seguimiento de la luz, ampollas difusas y avasculares. Funduscopia normal.

Conclusión: La displasia óculo-dentodigital es una enfermedad hereditaria con marcada heterogeneidad fenotípica. La causa más frecuente de pérdida de visión es el glaucoma, aunque el tipo, la severidad y la edad de presentación son muy variables, incluso entre familiares, pudiéndose manifestar en forma congénita o durante el desarrollo siendo necesario un seguimiento continuo con controles periódicos de la presión intraocular.

CC-53

TRATAMIENTO PRECOZ DE NISTAGMUS CONGÉNITO MEDIANTE TOXINA BOTULÍNICA

GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario, HERNÁNDEZ GARCÍA Elena

Introducción: El Síndrome de Nistagmus Infantil (SIN) es un desorden ocular motor presente al nacimiento o primera infancia caracterizado clínicamente por oscilaciones involuntarias de los ojos impidiendo fijación foveal.

Caso clínico: Paciente de 5 meses de edad diagnosticado de nistagmus congénito. Como antecedentes personales de interés destaca la existencia de albinismo óculo-cutáneo. En el momento del diagnóstico no es posible registrar agudeza visual por presentar nistagmus horizontal de gran amplitud que impide períodos de fijación foveal. En la exploración biomicroscópica no se observan hallazgos de interés. Se realiza inyección de 2,5 unidades de toxina botulínica en los músculos rectos horizontales de ambos ojos permitiendo un descenso significativo de la amplitud del nistagmus objetivada mediante registro videográfico y una agudeza visual medida con test de visión preferencial de 2, 3 ciclos/cm. A las 6 semanas de la primera inyección aumenta la amplitud del nistagmus realizándose una segunda inyección que disminuye la amplitud del nistagmus permitiendo una agudeza visual en ojo derecho de 2,3 ciclos/cm y en ojo izquierdo de 4,8 ciclos/cm.

Conclusión: La agudeza visual de pacientes con SIN depende de la existencia o ausencia de períodos de fijación foveal. En ausencia de estos períodos, el uso de toxina botulínica aplicada en los músculos rectos horizontales durante los primeros meses de la vida permite una mejoría significativa del desarrollo visual.

CC-54

FIJACIÓN OCULAR CON FASCIA LATA EN PARÁLISIS DEL TERCER PAR CRANEAL (TÉCNICA MODIFICADA)

LOSADA BAYO Diego, RUIZ CASAS Diego, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ José M.ª

Introducción: El estrabismo secundario a la parálisis severa del III par craneal (PC) es uno de los retos más complicados a los que podemos enfrentarnos en estrabología. Suele cursar con grandes exotropías. Dado que no vamos a poder restaurar un rango normal de movimientos, nuestros esfuerzos irán orientados a conseguir el alineamiento ocular en posición primaria (PPM). Diversos procedimientos quirúrgicos se han propuesto con estos fines.

Caso clínico: Paciente con exotropía de gran ángulo secundaria a parálisis del III PC de larga evolución en el que se habían realizado varias cirugías para normalizar la desviación en PPM. Tras abordaje transcaruncular se intenta fijar el globo con un colgajo de periostio pero no se consigue un colgajo de resistencia suficiente. Durante la misma cirugía se procede a fijar el ojo con una banda de fascia lata suturada a periostio y a esclera nasal. La desviación en PPM mejoró con la cirugía. No se evidenciaron complicaciones.

Discusión: La fascia lata es un material resistente, poco elástico y bien tolerado por el organismo que se ha empleado con éxito en otras cirugías oftalmológicas. En 1998 se describió la fijación del globo ocular con fascia lata. Nosotros proponemos una variación sobre la técnica original en la cual fijamos el globo con fascia lata abordando el periostio orbitario mediante una incisión transcaruncular. Creemos que se trata de una técnica útil en el manejo del estrabismo por parálisis del III PC.

CC-55

EMPLEO DEL LÁSER ER, CR:YSGG (ERBIUM, CHROMIUM: YTRIUM-SCANDIUM-GALLIUM-GARNET) EN LA CIRUGÍA DEL ESTRABISMO

MÁRQUEZ GONZÁLEZ Cristina, RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.ª, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ José M.ª

Introducción: La cirugía convencional del estrabismo incluye maniobras de incisión conjuntival, disección, aislamiento y sección de la musculatura periocular. Las tijeras de Westcott y disección roma, constituyen las piezas instrumentales habitualmente empleadas con este fin. El sangrado intraoperatorio y las alteraciones inflamatorias del tejido manipulado pueden producir complicaciones potencialmente graves como síndromes adherenciales y cicatrices hipertróficas durante el postoperatorio, comprometiendo el resultado estético y funcional de la intervención.

Técnica quirúrgica: El láser Er, Cr:YSGG (Erbium, Chromium: Yttrium-Scandium-Gallium-Garnet) emite un haz de luz pulsada a una longitud de onda de 2780 nm, cuya absorción en medios acuosos, facilita su aplicación en la ablación de tejidos blandos. Reproduciendo los pasos de la técnica convencional, nuestro grupo, ha empleado con éxito esta tecnología durante las maniobras de incisión conjuntival, liberación adherencial, sección muscular y hemostasia intraoperatoria.

Conclusiones: El láser Er, Cr:YSGG constituye una herramienta innovadora en el campo de la cirugía ocular. Esta técnica ofrece un gran potencial, permitiendo la reproducción de los pasos de la técnica convencional en la cirugía del estrabismo, pudiendo suponer este hecho una ventaja al minimizar los efectos colaterales indeseables propios de la cirugía.

CC-56

HIPERCORRECCIÓN SECUNDARIA A TRANSPOSICIÓN MUSCULAR AUMENTADA

RIVERO GUTIÉRREZ Vanesa, MERINO SANZ Pilar, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Pilar

Introducción: La técnica de Foster fue descrita para el tratamiento de las parálisis del VI par y el síndrome de Duane consiguiéndose buenos resultados con mínimas complicaciones.

Caso clínico: Se describe un paciente con parálisis del VI par que fue tratado con la técnica de Foster después del mal resultado con 2 inyecciones de toxina botulínica. En el postoperatorio inmediato se observó una exotropía de 45Δ, una inversión del tortícolis con una limitación de la aducción y de la abducción del ojo afectado y diplopía. A los 2 meses se intenta retirada del punto de fijación escleral siendo materialmente imposible por las adherencias encontradas. Se reinterviene al paciente realizando una resección del recto medio de ojo izquierdo y se inyecta toxina en recto lateral ojo izquierdo. El paciente quedó con exotropía de 10-15Δ, tortícolis cara derecha 10, limitación de la abducción de -1 y no diplopía. A los dos años reaparece diplopía y exotropía de 20-30Δ realizándose nueva resección de recto medio ojo izquierdo. Finalmente presenta exotropía de 10-15Δ, tortícolis cara derecha 5, limitación de la abducción de -1 sin diplopía.

Conclusiones: La técnica de Foster es nuestra técnica de elección en las parálisis completas del VI sin embargo no está exenta de complicaciones como las hipercorrecciones. Entre las cuestiones por esclarecer estaría la medida exacta donde los músculos verticales transpuestos se deben fijar a la esclera.

CC-57

TRATAMIENTO DE LA AMBLIOPÍA ASOCIADA A PATOLOGÍA ORGÁNICA DEL NERVIÓ ÓPTICO

RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.^a, ABOU HININ RAYWARD Omar, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ José M.^a

Objetivos: Demostrar la eficacia de las oclusiones en el tratamiento de la ambliopía asociada a patologías congénitas del nervio óptico como el coloboma y el síndrome de Morning Glory.

Métodos: Presentamos dos pacientes diagnosticados de ambliopía secundaria a patología congénita del nervio óptico. El primero presentaba una ambliopía profunda secundaria a coloboma del nervio óptico. También presentaba microftalmos y microtropía. El segundo presentaba una ambliopía moderada secundaria a un síndrome de Morning Glory. En ambos casos se inició con una terapia oclusora agresiva. Fueron revisados cada 2-4 meses y se fue ajustando el tratamiento de oclusiones y penalizaciones según evolucionaba la mejor agudeza visual corregida.

Resultados: Ambos pacientes mejoraron la agudeza visual del ojo ambliope. En el primer paciente se consiguió la isoagueza después de un año de tratamiento y en el segundo después de tres años.

Conclusiones: Es fundamental tratar la ambliopía aunque sea secundaria a patología congénita del nervio óptico. La recuperación de la agudeza visual del ojo ambliope fue mucho más rápida en el paciente más joven, como cabría esperar en otros tipos de ambliopía. Se necesitó una terapia oclusiva más intensa para conseguir la isoagueza. También son precisos controles más frecuentes en estos pacientes, por la alta incidencia de recidiva de la ambliopía cuando disminuimos la pauta oclusora.

CC-58

DIPLOPIA SECUNDARIA A SÍNDROME DE BROWN ADQUIRIDO

SAMPEDRO YÁÑEZ Raúl, GONZÁLEZ MANRIQUE Mar, MONZÓ RODRIGUEZ Elena

Introducción: El síndrome de Brown es un trastorno de la motilidad ocular caracterizado por limitación de la elevación en aducción. Aunque se trata generalmente de una patología congénita, existen formas secundarias a inflamación, traumatismos, iatrogenia o tumores. El síndrome de Brown inflamatorio cursa habitualmente con dolor periorcular y diplopía. Suele presentarse en jóvenes sanos o en sujetos con procesos inflamatorios sistémicos como la artritis reumatoide.

Caso clínico: Varón de 25 años con cuadro agudo de dolor periorcular y diplopía en el intento de supradextroversión. Presentaba una limitación a la elevación en aducción del OI y una leve hiperforia contralateral. La presión en el ángulo superointerno de la órbita a nivel de la tróclea era dolorosa y se palpaba un engrosamiento a ese nivel. A las 48 horas de una infiltración local de triamcinolona y mepivacaína, el paciente experimentó una mejoría completa del cuadro clínico. A los 6 meses de seguimiento no se ha producido recidiva alguna.

Conclusión: Independientemente del origen de la inflamación que provoca el síndrome de Brown secundario, el tratamiento habitual y más eficaz es la infiltración local de corticoides.

CC-59

FOTOPSIAS COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE DRUSAS DEL NERVIÓ ÓPTICO

BARRERO SOJO Francisco José, LUQUE ARANDA Guillermo

Introducción: Las drusas son acúmulos de material hialínico calcificado, depositados dentro de la cabeza del nervio óptico (NO). Pueden ser bilaterales, y de carácter familiar, presentándose con mayor prevalencia en enfermos de retinitis pigmentaria y estrías angioides.

Caso clínico: Varón de 20 años de edad, que acude a urgencias refiriendo fotopsias de 1 día de evolución en ambos ojos (AAOO), sin referir otra sintomatología. Agudeza visual y reflejos pupilares normales. En el fondo de ojo se observa papila rosada con límites mal definidos, con hemorragias en astilla peripapilares. En retinografía con luz anerita, se observa autofluorescencia de drusas. Se llega al diagnóstico de drusas de NO, siendo el examen de fondo de ojo en controles posteriores normal.

Conclusiones: Las drusas del NO son una patología benigna, siendo diagnosticadas como hallazgo casual en la mayoría de las veces; pero en ocasiones se pueden manifestar con pérdida de visión por una hemorragia peripapilar o por una neovascularización coroidea.

CC-60

MALFORMACIONES DEL NERVIÓ ÓPTICO: COLOBOMAS O QUISTES ARACNOIDEOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

CABELLO MIGUEL Concepción, ALIAS ALEGRE Eva Gloria, NAVARRO CASADO Nieves

Introducción: Las patologías que afectan al nervio óptico tienen como síntoma principal el déficit visual en sus distintos aspectos. Las malformaciones del mismo suponen un pequeño porcentaje que, implican una repercusión funcional variable, pudiendo ser severa en edades tempranas.

Caso clínico: Mujer de 56 años que acude a consulta por disminución de agudeza visual en el ojo izquierdo, refiriendo pérdida de la visión del ojo derecho a los 20 años de edad. Se observa una anomalía quística en el nervio óptico bilateral, más acusada en el ojo derecho, con una salida atípica de los vasos retinianos. En el estudio campimétrico se comprueba la ausencia total de funcionalidad en el ojo derecho y persistencia de los 5º centrales en el ojo izquierdo. En las pruebas de neuroimagen se considera la posible existencia de unos quistes aracnoideos bilaterales, frente a los cuales, el Servicio de Neurocirugía no aconseja realizar tratamiento.

Conclusión: Las malformaciones del nervio óptico representan un conjunto de entidades clínicas que pueden provocar una importante discapacidad visual y ceguera, que puede ser aislada o, más frecuentemente puede estar asociada con varios síndromes. Existen pocos casos descritos de quistes aracnoideos a nivel del nervio óptico; presentamos un caso bilateral, de difícil diagnóstico y tratamiento, y, con muy mal pronóstico.

Palabras clave: Malformación, nervio óptico, coloboma, quiste aracnoideo.

CC-61

TRASTORNO VISUAL FUNCIONAL: ¿UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN?

DÍAZ BARRÓN Andrea, VILA RICART Norma, VICENTE FERNÁNDEZ M.^a Dolores Pilar

Introducción: Los pacientes con disfunción visual sin causa orgánica discernible representan un reto diagnóstico considerable. Se emplean los términos funcional o no orgánico para referirse al espectro completo de cuadros como la simulación o el trastorno conversivo. Ambos se examinan con técnicas específicas para confirmar la validez de los síntomas. En ocasiones puede tratarse de un diagnóstico de exclusión.

Caso clínico: Paciente varón de 29 años de edad que consulta por pérdida brusca de agudeza visual del ojo derecho (0,3). Se realiza una exploración oftalmológica que incluye biomicroscopía del segmento anterior, tonometría, examen pupilar, angiografía y funduscopia, siendo el resultado normal. La campimetría muestra una abolición parcial del ojo derecho y total del ojo izquierdo. Dado el antecedente de neuritis óptica retrobulbar en el ojo izquierdo se inicia tratamiento con corticoides sin apreciarse mejoría. El resto de pruebas (estudio serológico e inmunológico, tomografía de coherencia óptica macular, potenciales evocados visuales, electrorretinograma y resonancia magnética cerebral funcional) se hallan dentro de la normalidad. A los 7 meses el paciente presenta una agudeza visual de no percepción luminosa en ambos ojos. Se orienta el diagnóstico hacia trastorno visual funcional.

Conclusión: Para identificar al paciente funcional es importante tener un alto índice de sospecha e iniciar así los exámenes específicos que lo diagnostiquen.

CC-62

MEMBRANA EPIRETINIANA EN LA NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER: CASO CLÍNICO

MORIÓN GRANDE Manuel, LÓPEZ ARROQUIA Tírsa Elvira, RODRÍGUEZ Nuria

Introducción: En la fase aguda de la NOHL clínicamente se describe la tumefacción de la capa de fibras nerviosas retinianas, la microangiopatía teleangiectásica circumpapilar y la tortuosidad vascular retiniana central.

Caso clínico: Presentamos una paciente de — años que presentó episodios repetidos de pérdida progresiva de campo visual, y tras una historia clínica detallada, exploración completa y pruebas genéticas se diagnosticó de NOHL, con la mutación... En la exploración mediante OCT se observó una membrana epirretiniana traccionando de disco óptico a mácula.

Discusión: El hallazgo de OCT más reportado ha sido la medida del grosor de capa de fibras, pero no hemos encontrado descrito en la literatura la presencia de membranas epirretinianas. La microangiopatía teleangiectásica y los episodios subagudos de edema de fibras pueden originar una membrana epirretiniana y esto producir la característica tortuosidad vascular central.

CC-63

DE UN CAMBIO DE DOMINANCIA A LA SOSPECHA DE UNA TUMORACIÓN

PASCUAL GONZÁLEZ Purificación, SÁNCHEZ TOCINO Hortensia, CORREA PÉREZ M.^a Encarnación

Introducción: El meningioma es una tumoración del sistema nervioso central con una mayor prevalencia en mujeres y relacionado con factores hormonales que hacen que pueda crecer durante o al final del embarazo.

Caso clínico: Mujer de 38 años con antecedentes estrabismo convergente actualmente con exotropía consecutiva. Destaca una gestación hacia dos meses. Acude por visión poco nítida desde hace 3 meses con visión de círculos e inseguridad al conducir. La paciente no lleva gafas y domina el ojo derecho (OD), aunque mejora la agudeza visual y domina el (ojo izquierdo) OI con la prescripción de gafas. Tras un mes refiere cefaleas que han aumentado desde que utiliza las gafas, la AV ha disminuido en el OI. El campo visual en el OI aparece una pérdida completa del hemicampo nasal. El TAC y la RNM confirman una masa extraaxial dependiente del ala mayor del esfénoides compatible con meningioma.

Conclusión: En este caso la distorsión visual y un cambio de dominancia en un estrabismo antiguo hizo pensar inicialmente en un problema refractivo; sólo el seguimiento cuidadoso y el apoyo de otras técnicas: campo visual, OCT y pruebas de imagen llevaron a diagnosticar un meningioma esfénoidal.

CC-64

NEURITIS ÓPTICA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON DASATINIB EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

SOTELO MONGE Katia Guadalupe, GALVEZ RUIZ Alberto, MATHEU FABRA Ana

Introducción: El dasatinib es una opción de tratamiento en pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) con intolerancia o resistencia a tratamientos previos. Los efectos adversos oculares no han sido establecidos. No se ha descrito ningún caso de neuritis óptica.

Caso clínico: Paciente varón de 37 años con LMC en tratamiento con dasatinib durante 3 meses; presenta miodesopsias, fotopsias y alteración de la visión periférica temporal superior en ojo derecho (OD) de 10 días de evolución. Agudeza visual (AV) 0.2 en OD y 1.0 en ojo izquierdo (OI). Test de Ishihara: OD 0/20 OI 20/20. Defecto pupilar aferente relativo en OD. Fondo de ojo: palidez temporal en OD. Campo visual (CV): escotoma arciforme superior DM -15.47 dB en OD y escotoma nasal DM -5.39 dB en OI.

Ante diagnóstico de neuritis óptica bilateral, a predominio de OD, se investigó otros agentes etiológicos, resultando negativos. Se suspendió el dasatinib, iniciando corticoterapia en pauta descendente durante 2 meses, mejorando la AV a 0.6 en OD, disminuyendo el escotoma arciforme en OD y el escotoma central en OI.

Los potenciales evocados visuales y el electroretinograma a los 3 meses de suspender el dasatinib mostraron hallazgos compatibles con neuropatía óptica en OD de etiología tóxica-isquémica.

Conclusión: Recomendamos evaluaciones oftalmológicas periódicas en pacientes con LMC en tratamiento con dasatinib. Ante la presencia de alteraciones visuales se debe considerar complicaciones asociadas al fármaco.

CC-65

GLAUCOMA DE TENSIÓN NORMAL FOCAL DIAGNOSTICADO EN HERMANOS GEMELOS

ARRANZ MÁRQUEZ Esther, HERNÁNDEZ VERDEJO José Luis, TEUS GUEZALA Miguel Ángel

Introducción: El glaucoma focal puede considerarse como un subtipo de glaucoma de tensión normal (GNT), consistente en un daño localizado del anillo neuroretiniano en los polos inferior o superior del disco con el resto del anillo relativamente bien conservado. La presencia de estas fosetas adquiridas en el disco óptico suelen relacionarse con mayor riesgo de progresión del daño y con defectos campimétricos próximos a la fijación.

Casos clínicos: Presentamos los casos de dos hermanos gemelos que fueron diagnosticados de GNT. Ambos gemelos presentaban daño glaucomatoso simétrico en ambos ojos, junto con su respectivo defecto campimétrico. En los ojos derechos de los dos hermanos se evidenció la presencia de una foseta óptica adquirida superior de idéntica localización, aunque de diferente profundidad.

Conclusión: Se ha sugerido que en el glaucoma focal existiría una susceptibilidad localizada al daño glaucomatoso en el disco, hecho que se ha relacionado con una alteración de las propiedades de la lámina cribosa. El caso de estos dos gemelos, con la presencia de un daño focal simétrico podría poner de manifiesto la predisposición genética a un cambio en las propiedades biomecánicas de la lámina cribosa y por tanto a una mayor susceptibilidad al daño glaucomatoso ante una PIO no excesivamente elevada.

CC-66

IRIDOPLASTIA PERIFÉRICA CON LÁSER ARGÓN EN EL CIERRE ANGULAR SECUNDARIO A TOPIRAMATO: A PROPÓSITO DE UN CASO

BAYO CALDUCH Patricia, VILA ARTEAGA Jorge, MARÍ COTINO José Francisco

Introducción: El topiramato es un fármaco anticonvulsivante entre cuyos efectos secundarios destaca glaucoma por cierre angular agudo secundario. El tratamiento consiste en suprimir el fármaco y administrar hipotensores oculares. Algunos autores realizan iridotomías periféricas con laser Nd-YAG y recientemente iridoplastias periféricas con láser argón.

Caso clínico: Mujer de 30 años acude por visión borrosa. En tratamiento con Topiramato desde hace 10 días. Presenta AV cd 1m AO est 0,2 OD y 0,25 OI. En la BMCLH se observa córnea levemente edematosa y CA muy estrecha con contacto en periferia. PIO de 58 mmHg. Se retiró el Topiramato y se administró manitol intravenoso, hipotensores tópicos y dexametasona. Se realizó iridoplastia periférica con láser argón en los 180° inferiores aumentando la distancia entre endotelio e iris en A. A las 16 horas, la PIO estaba controlada pero persistía contacto iridocorneal por lo que se introdujo una burbuja de aire en CA que resolvió el cuadro. A las 48 horas, PIO de 8 mmHg OD y 10 mmHg OI. En la UBM se aprecia recuperación de la CA. Al 4.º día, AV 1 AO.

Discusión: Los autores coinciden en la necesidad de retirar el topiramato y administrar tratamiento tópico y sistémico para acelerar la disminución del PIO. La iridoplastia periférica con láser argón puede plantearse como tratamiento coadyuvante a la retirada del fármaco y a los antihipertensivos oculares en el cierre angular secundario a la administración sistémica de topiramato.

CC-67

CIERRE ANGULAR INTERMITENTE – CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR

COUCEIRO Joana, FIGUEIREDO Antonio, MONTEIRO-GRILLO Manuel

Introducción: La forma subaguda de cierre angular se puede asociar a síntomas de cefaleas, dolor ocular y disminución de la agudeza visual. La distinción con patología neurológica debe ser considerada.

Caso clínico: Mujer de 55 años, hipermetrope, acompañada en neurología por episodios de neuritis óptica izquierda de etiología desconocida. Refería, además de la disminución de agudeza visual izquierda, síntomas repetidos de cefaleas y dolor ocular bilateral. Presentaba agudeza visual corregida de 7/10 en el ojo derecho y 3/10 en el ojo izquierdo. Presentaba, a la gonioscopia, ángulo camerular estrecho y presiones intra oculares de 14 mmHg bilateralmente. Con maniobras de provocación la presión subía 6 mmHg. Las papilas no tenían alteraciones típicas de glaucoma. La biomicroscopía ultrasónica (UBM) y la OCT de segmento anterior confirmarán el ángulo estrecho bilateral y excluyeron la presencia de iris plateau. Se realizó iridotomía con LASER y los síntomas desaparecieron.

Conclusión: El cierre angular intermitente puede originar síntomas que se disipan con la iridotomía. Una anamnesis cuidada y la realización de gonioscopia son muy importantes para el diagnóstico diferencial de patología neurológica. La detección precoz es fundamental para impedir que se formen sinequias residuales que produzcan elevación tensional permanente.

CC-68

INSERCIÓN TRANSECLERAL SIN RECUBRIMIENTO DE TUBO DE VÁLVULA DE AHMED

LILLO SOPENA Juan, MESA GUTIÉRREZ Juan Carlos, MONÉS LLIVINA Anna

Introducción: Presentar la técnica para la inserción del tubo de los implantes de drenaje a través de un túnel transecleral que evita la necesidad de recubrimiento del mismo.

Técnica: Inmovilización del globo ocular. Fijación del implante en cuadrante temporal superior. Paracentesis con aguja de 30G. Inyección de viscoelástico en cámara anterior. Creación de un túnel transecleral a 5 mm de limbo con una aguja de 23G conectada a una jeringa con viscoelástico. Salida en cámara anterior en plano paralelo al iris con máxima separación del entotelio corneal.

Conclusiones: La inserción del tubo de los implantes de drenaje a través de la esclera evita la necesidad de realizar un recubrimiento con autoinjerto escleral o con material heterólogo. Las complicaciones derivadas de la extrusión del implante se reducen. Adicionalmente, el tiempo quirúrgico se acorta.

CC-69

IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA DE AHMED (AJL) SIN SUTURA

MARTÍNEZ CASTILLO Sebastián, LÓPEZ LIZCANO Ruth, SANZ MARCO Empar

Introducción: La implantación de una válvula de Ahmed (AJL) vía pars plana es una técnica efectiva pero larga y complicada. Presentamos una modificación de la técnica que facilita la misma, reduciendo drásticamente el tiempo quirúrgico.

Técnica quirúrgica: En primer lugar se realiza una peritomía conjuntival de 9 a 12, con dos descargas, una en 9 y otra en 12. A continuación realizamos una vitrectomía de 3 vías por pars plana, ya que la cánula de la válvula de Ahmed se introduce vía pars plana. Posteriormente a 1 milímetro de la incisión de vitrectomía, se realiza un túnel escleral de 3 mm de longitud. Una vez terminado el túnel escleral, se introduce la válvula en posición retroecuatorial. Para finalizar, se introduce la cánula de la válvula a través del túnel escleral, entrando posteriormente en cavidad vítrea a través de pars plana. Tanto el cuerpo de la válvula, como la conjuntiva, van a ser adheridos a la esclera mediante el pegamento sintético quirúrgico Glubran 2 (GEM).

Conclusión: La utilización del pegamento quirúrgico, permite implantar la válvula de Ahmed (AJL) sin sutura, facilitando la técnica quirúrgica y reduciendo el tiempo quirúrgico de forma considerable consiguiendo resultados satisfactorios.

CC-70

CIRUGÍA DE GLAUCOMA CON DOBLE VÍA DE DRENAJE: SUPRACOROIDEA Y SUBCONJUNTIVAL

PEÑA M.^a Soledad, GARCÍA DELPECH Salvador, ROHRWECK Stephanie

Propósito: Desarrollar una técnica quirúrgica que asegure una disminución importante de la presión intraocular (PIO).

Métodos: Se combina el implante de la válvula ExPRESS a través de un flap escleral para crear una vía de drenaje subconjuntival, con el implante de SOLX a través de un túnel escleral que comunica la cámara anterior con el espacio supracoroideo.

Resultados: Se consiguió un buen control de la PIO sin importantes complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones: La asociación de dos vías de drenaje diferentes nos puede asegurar un buen control de la PIO.

CC-71

SÍNDROME DE DISPERSIÓN PIGMENTARIA ASOCIADO A CIRUGÍA DE LENTE IMPLANTADA EN SULCUS: NUEVO ENFOQUE QUIRÚRGICO

PÉREZ FORMIGÓ Daniel, ABREU GONZÁLEZ Rodrigo, CANUT JORDANA M.^a Isabel

Introducción: Presentamos el caso de una paciente miope, que tras implante de lente intraocular en cámara posterior sufre glaucoma por dispersión de pigmento, con episodios recurrentes de visión borrosa.

Caso clínico: El contacto entre el epitelio pigmentario del iris con la lente intraocular fue documentado mediante biomicroscopía ultrasónica y (Visante®). Tras iridotomía YAG Láser e iridoplastia (no suficientemente eficaz en nuestro caso en conseguir una separación irido-lenticular capaz de controlar la dispersión de pigmento de forma definitiva), proponemos una nueva técnica: puntos de sutura iridianos que nos proporcionan una buena separación irido-lenticular y un mejor control de la presión intraocular.

Conclusión: Consideramos útil tanto la AS-OCT como la BM ya que aportan información complementaria a la exploración clínica, ayudando a determinar tanto la etiología como las posibles complicaciones del glaucoma. Sugerimos en estos casos considerar como posible opción terapéutica la iridotomía YAG láser y la iridoplastia. Éstas realizadas de manera precoz, puede reducir el riesgo de glaucoma pigmentario, ya que según algunos autores, disminuye la concavidad iridiana, evitando el «bloqueo pupilar inverso» y el consiguiente aumento de presión intraocular. Describimos una técnica quirúrgica nueva que puede evitar posibles contactos irido-lenticulares de una forma más definitiva como lo describimos en nuestro caso.

CC-72

MEJORA DE LA MORFOLOGÍA DE LAS AMPOLLAS DE FILTRACIÓN MEDIANTE BLOQUEO PARCIAL DEL SISTEMA DE DRENAJE CON VISCOELÁSTICO

URCELAY SEGURA José Luis, BARRETO GALEANO Marta Analy

Introducción: Una de las complicaciones más habituales tras implante de un dispositivo de drenaje tipo Ahmed es la aparición de ampollas exuberantes que pueden poner en peligro la funcionalidad del procedimiento así como la aparición de efectos colaterales (restricción al movimiento, dificultad de cierre palpebral y problemas estéticos). Analizamos una sencilla maniobra quirúrgica que parece limitar la aparición de esta complicación.

Técnica quirúrgica: El objeto de la misma es limitar el flujo de acuoso hacia el espacio subconjuntival en las fases iniciales del postoperatorio. Un flujo excesivo se considera como factor favorecedor de la aparición de reacciones fibróticas tipo granuloma rodeando al dispositivo de drenaje. Para limitar el flujo se realiza un bloqueo parcial del sistema de drenaje mediante material viscoelástico. Siguiendo la técnica comunicada por Gil Carrasco, y tras purgar el sistema con solución salina balanceada, realizamos un segundo purgado con viscoelástico, que permanecerá en el sistema las primeras horas postoperatorias. Mediante esta técnica, hemos observado mejora en la morfología de las ampollas obtenidas, evitando ampollas exuberantes y sus consecuencias. Del mismo modo, esta maniobra no ha provocado incrementos tensionales en fases iniciales.

Conclusión: Una sencilla maniobra de oclusión parcial del sistema de drenaje mediante viscoelástico parece limitar la aparición de ampollas exuberante y sus complicaciones.

CC-73

PANUVEÍTIS LUÉTICA BILATERAL EN PACIENTE VIH

CARRERO COLLANTES Amparo, VIDAL FERNÁNDEZ Pilar,
MÍGUEZ GARCÍA Cristina

Introducción: Presentamos el caso de un varón joven con panuveítis bilateral luética.

Caso clínico: Varón de 41 años, infectado por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), acude a consulta remitido desde el servicio de urgencias por disminución de agudeza visual (AV) de 10 días de evolución en ambos ojos. La exploración oftalmológica reveló una AV de movimiento de manos en ojo derecho y cuenta dedos en el izquierdo, signos de uveítis anterior, vitritis y papilitis en ambos ojos. Se realizó test de Reacción en Cadena de la Polimerasa de humor acuoso, negativa para virus Herpes y Citomegalovirus; potenciales evocados visuales, compatibles con neuritis óptica; angiografía fluoresceínica, que mostró vasculitis, papilitis y edema macular en ambos ojos; pruebas de detección de sífilis fueron positivas. Descartadas otras posibles etiologías de panuveítis en pacientes VIH+, se diagnosticó de panuveítis luética. Junto con el departamento de Enfermedades Infecciosas, se instauró tratamiento corticoideo sistémico y tópico, y penicilina intravenosa. Al terminarlo, la exploración revelaba una AV de 1 en ojo derecho y 0.6 en el izquierdo, polo anterior sin inflamación activa y polo posterior normal.

Conclusión: Ante toda panuveítis bilateral en paciente joven hay que solicitar pruebas para descartar infección por VIH, y otras causas, como la sífilis ocular, en resurgimiento por el uso de nuevos antirretrovirales, con buena respuesta al tratamiento y excelente pronóstico.

CC-74

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN ESCLERITIS POSTERIOR BILATERAL IDIOPÁTICA

IGLESIAS MARTÍN Juan Manuel, DÍAZ RODRÍGUEZ Eusebio José,
BARRAL MARTÍN Francisco

Introducción: La escleritis posterior es una entidad clínica poco frecuente, que consiste en una inflamación de la esclera posterior al ecuador, aunque puede asociarse a escleritis anterior. Habitualmente se presenta de forma unilateral en mujeres de mediana edad, con mayor riesgo de asociarse a enfermedades sistémicas si tienen más de cincuenta años. La presentación del cuadro es variable, incluyendo tumefacción del disco óptico, desprendimiento exudativo retiniano y corioideo, edema macular, pliegues corioides y exudados lipídicos subretinianos. El pronóstico visual depende del grado y localización de la lesión, llegando a afectarse en alguna medida hasta en un tercio de casos.

Caso clínico: Se expone el caso de una mujer de 51 años con episodios recurrentes de escleritis posterior bilateral acompañados de una pérdida progresiva de agudeza visual. La exploración por aparatos y sistemas, análisis clínicos, pruebas complementarias y la valoración por Medicina Interna no evidenció enfermedad sistémica asociada. La Ecografía mostró engrosamiento difuso escleral con fluido subtenoniano. Se describen los hallazgos encontrados en la Tomografía de coherencia óptica (OCT) antes y después del tratamiento con corticoides sistémicos.

Conclusiones: Consideramos que la OCT permite hacer un seguimiento de las alteraciones patológicas que se suceden en la escleritis posterior así como de la respuesta al tratamiento mediante la comparación objetiva y cuantitativa de imágenes.

CC-75

NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL Y UVEÍTIS (SÍNDROME TINU): A PROPÓSITO DE UN CASO

JIMÉNEZ DEL RÍO Beatriz, PÉREZ GARCÍA Diana,
MÍGUEZ MURO Enrique

Introducción: El síndrome TINU es una entidad poco frecuente de etiología desconocida, caracterizado por la asociación de nefritis tubulointersticial aguda con uveítis. Inicialmente aparecen síntomas generales inespecíficos derivados de la disfunción renal y presencia de iridociclitis típicamente bilateral como manifestación ocular. El diagnóstico de sospecha es clínico-analítico pero la confirmación se establece con el estudio anatomopatológico de la biopsia renal.

Caso clínico: Varón de 16 años que acudió a urgencias por pérdida visual aguda bilateral y dolor ocular acompañados de importantes síntomas constitucionales. El examen oftalmológico evidenció uveítis anterior sinequiante bilateral y los análisis clínicos mostraron datos de insuficiencia renal aguda. Se practicó biopsia renal, compatible con nefritis tubulointersticial aguda (NTA), estableciéndose el diagnóstico definitivo de síndrome TINU. La respuesta de la función renal al tratamiento corticoideo fue buena pero la uveítis cronicó con reactivaciones, requiriendo mantener durante meses la terapia inmunosupresora.

Discusión: La NTA asociada a uveítis es un síndrome que probablemente sea infradiagnosticado y su incidencia mayor a la descrita. Afecta más frecuentemente a mujeres jóvenes y debería considerarse en el diagnóstico diferencial de las uveítis asociadas a patología renal. Resaltamos la importancia del médico oftalmólogo en el diagnóstico inicial de esta afección así como en su tratamiento precoz y seguimiento.

CC-76

LINFOMA NASAL T/NK CON AFECTACIÓN OCULAR

SAMPEDRO LÓPEZ Antonio, FERNÁNDEZ LOMBARDIA María,
BUGALLO RIVAS Antonino

Introducción: El linfoma T/NK (LTNK) de tipo nasal es un linfoma no Hodgkin que se localiza en la región mediofacial, fosas nasales, nasofaringe, orofaringe, cavidad oral o senos paranasales. Algunos pacientes desarrollan sintomatología ocular por una invasión orbitaria directa dando lugar a uveítis o vitritis.

Caso clínico: Paciente con anestesia de la segunda rama del trigémino remitida por disminución de visión que presentaba en la biomicroscopía precipitados granulomatosos con edema subepitelial y una PIO de 40 mm Hg en OD. En el TAC y la RMN se observó una hipertrofia mucosa del seno maxilar derecho acompañada de osteolisis del suelo de la órbita. Se realizó una biopsia observándose un infiltrado limfocitario atípico de disposición angiocéntrica con inmunohistoquímica de un linfoma T/NK tipo nasal.

Conclusiones: El linfoma nasal T tipo NK se caracteriza por un infiltrado linfoide compuesto principalmente por células NK y hallazgos de necrosis tumoral con angioinvasión. La cavidad nasal es la zona más frecuentemente afectada y la sintomatología se relaciona con esta localización pudiendo observarse, en ocasiones, afectación intraocular en forma de uveítis/vitritis y orbitaria. Los estudios de TAC o RMN pueden orientar al diagnóstico al detectar zonas de destrucción ósea. El pronóstico es malo ya que son linfomas muy agresivos con una pobre respuesta al tratamiento.

CC-77

LENTE AFÁQUICA RÍGIDA ANCLADA A IRIS - VÍA TÚNEL ESCLERAL - TRAS RECONSTRUCCIÓN CORECTÓPICA EN UN CASO DE HOMOCISTINURIA

RUIZ GUERRERO Miguel Francisco,
SÁNCHEZ-GARRIDO JIMÉNEZ Carmen M.^a, PÉREZ LÓPEZ Marta

Introducción: Las anomalías del iris se consideran casi una contraindicación absoluta para el implante de una lente anclada al mismo. Presentamos la cirugía, practicada vía túnel escleral para inducir el menor astigmatismo posible, de una lente rígida Artisan®/Verysize® de +13 dioptrías en el ojo izquierdo de un joven de 27 años, afáquico quirúrgico bilateral desde los 6 años por subluxación espontánea de ambos cristalinios en el contexto de una Homocistinuria.

Técnica quirúrgica: Flap conjuntival base limbo, túnel escleral con entrada valvulada a cámara anterior, vitrectomía anterior, sinequiolisis de las adherencias iridocorneales periféricas en el área corectópica, sutura de iris (Prolene® 10/0), e implante de lente afáquica anclada a iris (8,5 x 5,4 mm). Evolución: La flacidez del iris homocistinúrico ha hecho descender levemente por gravedad el eje de la lente, pero el paciente está muy satisfecho. La agudeza visual espontánea a los 6 meses de evolución era de 0,7, con un recuento endotelial de 2043 células/mm², y una presión intraocular de 21 mmHg (656 micras de paquimetría).

Conclusión: Consideramos que las anomalías iridianas no deben ser contraindicación absoluta para el implante de lente de anclaje a iris en la afaquia, si se individualiza el caso y se acomete la pertinente reconstrucción iridiana.

CC-78

METÁSTASIS ORBITARIA DE CARCINOMA LARÍNGEO

ARTEAGA SÁNCHEZ Ángel, FUENTEMILLA RODRÍGUEZ Santos,
SAMPEDRO YÁÑEZ Raúl

Introducción: Las metástasis orbitarias representan el 1-13% de las masas orbitarias. Las más frecuentes son carcinoma de mama y broncopulmonar. El cuadro clínico más frecuente es masa infiltrante de crecimiento rápido, proptosis y diplopía asociado o no a dolor.

Caso clínico: Varón de 46 a VIH en estadio C-3 en tratamiento con triple terapia. En abril de 2007 es diagnosticado carcinoma epidermoide de epiglotis T1N2M0, tratado con cirugía laser de laringe y vaciamiento cervical más radioterapia complementaria. En enero de 2009 acude por dolor ocular izquierdo y exoftalmos. En la exploración oftalmológica: AVL.-OD-0,8 /OI-0,8. Quemosis conjuntival inferior con ligero empastamiento del párpado inferior, PIO OD 16 OI 18 mmhg. FO: Normal. TAC orbitario: Masa de partes blandas en región inferior de órbita izquierda a nivel preseptal y extraconal que capta contraste con afectación músculo OI y RI. Biopsia: Carcinoma pobremente diferenciado con infiltración tumoral de la grasa periorbitaria. Sin respuesta a QT y tras extensión al seno maxilar se inicia tratamiento paliativo con radioterapia, con disminución de la lesión y del aspecto inflamatorio. Subjetivamente se encuentra mejor y sin dolor. AVL: 0,5/percibe luz.

Conclusiones: En pacientes con antecedentes de carcinoma epidermoide de epiglotis, dolor ocular y exoftalmos debemos pensar en metástasis orbitarias donde TAC orbitario y biopsia-exéresis confirman el diagnóstico, no se han encontrado referencias bibliográficas.

CC-79

COLGAJO DE TRIPIER PARA LA RESOLUCIÓN DEL ECTROPIÓN CICATRICIAL

AYATS VIDAL Silvia, MAISÓN MARTÍNEZ Cecilia,
GARRIDO CONTRERAS Vanessa

Introducción: El colgajo de Tripier consiste en una trasposición de base lateral procedente del párpado superior que es útil para cubrir defectos de párpado inferior.

Técnica quirúrgica: Paciente con ectropión cicatricial en OI más marcado en zona nasal, consecuencia de una cirugía antigua por lesión en piel. En primer lugar se prepara el tejido receptor. Tras incisión subciliar amplia en 2/3 nasales del párpado inferior a 4 mm del borde libre, liberamos piel y orbicular, dejando al descubierto la zona susceptible de recibir el colgajo. A continuación, preparamos el colgajo en párpado superior a nivel del surco; disecamos una zona de piel y orbicular más amplia en longitud y anchura al lecho receptor. El pedículo llega hasta ángulo nasal donde se realiza el giro (torsión de Frike). Se sutura con puntos sueltos y pequeños cortes longitudinales para favorecer el drenaje.

Conclusión: El colgajo de Tripier es una técnica cómoda, fácil y no estresante para el oftalmólogo novel. Entre sus ventajas destacamos que nos mantenemos en nuestro territorio (los párpados), que utilizamos piel y orbicular de textura, grosor y espesor conocido, y finalmente, que la torsión del pedículo no es mayor de 60°, asegurando la supervivencia del mismo.

CC-80

QUISTE DERMOIDE ORBITARIO EN LA INFANCIA, BAJO EL DIAGNÓSTICO DE PTOSIS PALPEBRAL

CORREA PÉREZ M.^a Encarnación, SÁNCHEZ TOCINO Hortensia,
BLANCO MATEOS Gonzalo

Introducción: Las tumoraciones orbitarias en niños son poco habituales. Dentro de los más frecuentes en la infancia encontramos al quiste dermoide.

Caso clínico: Niño de 5 años sin antecedentes médicos de interés, que es diagnosticado por su pediatra de ptosis congénita en ojo izquierdo desde los 2 años de edad. En la valoración oftalmológica inicial, se aprecia discreta asimetría entre los párpados superiores, sin palpase ninguna masa en esa zona. Resto de la exploración sin interés. Es en consultas posteriores, cuando aparece discreta hipotropía del ojo izquierdo, y parece palpase mínimo aumento de volumen en ángulo superointerno orbitario, considerándose la necesidad de valoración por técnicas de imagen. La RMN confirma la presencia de una masa orbitaria, compatible con quiste dermoide.

Conclusión: Los quistes dermoides son tumores de origen congénito y de crecimiento lento, dependiendo su clínica y edad de aparición de la localización y tamaño. La sospecha aparece por la clínica compresiva de progresión lenta o por la aparición de una tumoración, siendo necesarias las técnicas de imagen para su diagnóstico, así como la confirmación histológica mediante anatomía patológica tras la extirpación. La localización más habitual es en zona superoexterna, aunque en nuestro caso aparece en región superointerna. El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica de forma completa.

CC-81

ASOCIACIÓN DE GLAUCOMA CONGÉNITO Y GLIOMA DE NERVIÓ ÓPTICO EN UN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: IMPLICACIONES EN EL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

PÉREZ TRIGO Silvia, RUIZ CALVO Aurora,
TROYANO RIVAS Juan Antonio

Introducción: La coexistencia de un glioma del nervio óptico (GVO) y glaucoma congénito en un paciente diagnosticado de neurofibromatosis tipo 1 (NF1), es una asociación descrita pero infrecuente y requiere especial cuidado en el seguimiento del enfermo.

Caso clínico: Varón de 11 meses de edad, diagnosticado de NF1 y glaucoma congénito en ojo izquierdo (OI), en el que se halla un GVO de ese mismo ojo en una resonancia magnética (RM) realizada posteriormente al diagnóstico. El glioma afecta al nervio óptico izquierdo en todo su trayecto orbitario e intracanalicular hasta región prequiasmática. Se decide observación y control mediante RM cada tres meses para detectar futura progresión del glioma. Se realizan dos goniomías en OI que mantienen la presión intraocular estable.

Conclusión: Como consecuencia de la historia natural de estos tumores, todos los niños con NF1 y GVO deben ser objeto de una minuciosa valoración oftalmológica y evaluaciones regulares mediante RM de control. El glaucoma congénito también resta agudeza visual (AV) y produce atrofia del nervio óptico, siendo un factor de confusión respecto a la repercusión visual del GVO, ya que la AV, la exploración pupilar, los potenciales evocados visuales y el aspecto del nervio óptico pueden verse afectados por ambas entidades. Este hecho plantea serias dificultades en cuanto al tratamiento a seguir y hace necesario incrementar la frecuencia de RM en estos pacientes.

CC-82

REVISIÓN ENDOSCÓPICA DE DACRIOCISTORRINOSTOMÍAS NO PERMEABLES

PUJOL VIVES Pere, FERNÁNDEZ BONET Manel

Introducción: Presentamos una técnica de reopermeabilización de una dacriocistorrinostomía que ha fracasado mediante la exploración endoscópica del meato medio.

Técnica quirúrgica: Anestesia local con mepivacaína, bupivacaína intradérmica y perisacular y tetracaína con adrenalina endonasal. Luxación del cornete medio. Revisión de la antigua ostomía, disección con bisturí eléctrico en forma arco y exéresis de la mucosa y cicatriz con pinza. Posteriormente se intuba con sonda bicanalicular de silicona y se impregna con mitomicina al 0,02% la nueva ostomía.

Conclusión: Tras el fracaso de una dacriocistorrinostomía se presenta el dilema la reintervención, el acceso a técnicas endonasales, nos permite revisar la ostomía (donde se producen el 90% de los fracasos) con baja morbilidad, sin ingreso y con una técnica sencilla y eficaz.

CC-83

RECONSTRUCCIÓN PÁRPADO SUPERIOR CON ESCLERA DONANTE

ROZA VARELA Beatriz de la, RODRÍGUEZ PRADO Sara,
DÍEZ DEL CORRAL BELDA Ana

Introducción: Presentamos dos casos de reconstrucción del párpado superior tras la extirpación de tumoración de gran tamaño. Utilizamos esclera donante y colgajo cutáneo para reparar el defecto.

Caso clínico: Paciente con carcinoma epidermoide que, tras extirpación, queda un defecto del 90% del párpado superior y paciente con tumor de Merkel que, tras extirpación, queda un defecto del 75%. Se reconstruye la lamela posterior con conjuntiva del párpado inferior y esclera donante en ambos. La lamela anterior se rehace con colgajo cutáneo de la porción media de la frente y colgajo por deslizamiento del párpado superior, respectivamente.

Conclusiones: Ante defectos grandes de espesor completo del párpado superior una buena opción es la utilización de esclera donante, capaz de cubrir cualquier tamaño, proporcionando suficiente soporte y evitando la morbilidad de lechos donantes.